B.I.

Sociedade Portuguesa de Reumatologia
SEDARE DOLOREM OPUS DIVINUM EST
ELEANORA REGINA

N.º 7 | III Série | Distribuição gratuita | Janeiro a Abril de 2010

Boletim Informativo da Sociedade Portuguesa de Reumatologia

Entrevista
Francisco Jardim Ramos
Secretário Regional dos Assuntos Sociais da Madeira

Licínio Poças
Acto solitário

Margarida Ramos
Outra face da Reumatologia

Espaços
Funchal: roteiros culturais

Todos os caminhos vão dar à Madeira
XV Congresso Português de Reumatologia

ARCOXIA
(etoricoxib, MSD)

MSD

www.msd.pt
www.univadis.pt

Quinta da Fonte, Edifício Vasco da Gama, 19 2770-192 Paço de Arcos
PORTO SALVO
LINHA VERDE MSD 800 20 25 20 Dez-2011-FSP-2009-PT-1896-J

FOSAVANCE®
alendronato/colecalciferol

70mg/5600 UI

HUMIRA®
adalimumab

Artrite Reumatóide

Espondiloartropatias

MEDICAMENTO: Humira 40 mg solução injectável em caneta pré-cheia. Cada caneta pré-cheia de 0,8 ml para dose única contém 40 mg de adalimumab. Adalimumab é um anticorpo monoclonal humano recombinante expresso em células de Ovário do Hamster Chinês. Adalimumab liga-se especificamente ao TNF e neutraliza a função biológica do TNF bloqueando a sua interacção com os receptores da superfície celular e modula também as respostas biológicas induzidas ou reguladas pelo TNF. **INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS:** Humira está indicado no tratamento de: artrite reumatóide activa moderada a grave em adultos e artrite idiopática juvenil poliarticular activa em adolescentes com idades entre 13 e 17 anos, em associação a metotrexato ou em monoterapia em caso de intolerância ou quando o tratamento continuado com metotrexato não é apropriado, em doentes com resposta inadequada a medicamentos anti-reumatismais modificadores da doença; artrite psoriática activa e progressiva em doentes adultos quando a resposta a um tratamento prévio com medicamentos anti-reumatismais modificadores da doença foi inadequada; espondilite anquilosante activa grave nos doentes adultos com resposta inadequada ao tratamento convencional; doença de Crohn activa grave, em doentes que não responderam mesmo após um ciclo completo e adequado de tratamento com um corticosteróide e/ou imunossupressor ou que são intolerantes ou têm contra-indicação para essas terapêuticas; psoríase crónica em placas, moderada a grave em doentes adultos que não tiveram resposta, ou que têm contra-indicação/intolerância a outras terapêuticas sistémicas com a ciclosporina, metotrexato ou PUVA. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO:** O tratamento com Humira deve ser iniciado e supervisionado por médicos especialistas experientes no diagnóstico e tratamento das patologias para as quais está indicado e os doentes devem receber um cartão de segurança especial. A utilização de outras terapêuticas concomitantes (Ex. corticosteróides, imunomoduladores) deve ser optimizada durante o tratamento com Humira. A dose recomendada em doentes com artrite reumatóide, artrite psoriática, espondilite anquilosante e artrite idiopática juvenil poliarticular é de 40 mg de adalimumab, em semanas alternadas, em dose única, administrado por injecção subcutânea, devendo manter-se o tratamento com metotrexato. Em monoterapia alguns doentes, se apresentarem resposta insuficiente, podem beneficiar com um aumento de dose até 40 mg de adalimumab semanalmente. A resposta clínica é geralmente obtida após 12 semanas de tratamento. Na doença de Crohn e na psoríase, recomenda-se uma dose de indução inicial de 80 mg, seguida de 40 mg em semanas alternadas, uma semana após a dose inicial. Na doença de Crohn pode, se houver necessidade, ser usada inicialmente a dose de 160 mg na semana 0 (quatro injecções num dia ou duas injecções por dia em dois dias consecutivos), e de 80 mg na semana 2. Em doentes idosos não é necessário efectuar ajustes posológicos. Humira não foi estudado em doentes com insuficiência renal e/ou hepática. Dados disponíveis sugerem que a reintrodução de Humira após suspensão por 70 dias ou mais resultou numa resposta clínica com amesma magnitude e perfil de segurança similar, tal como antes da interrupção. **CONTRA-INDICAÇÕES:** Hipersensibilidade à substância activa ou a qualquer dos excipientes. Tuberculose activa ou outras infecções graves, nomeadamente, sepsis e infecções oportunistas. Insuficiência cardíaca moderada a grave (classe III/IV da NYHA). **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES ESPECIAIS:** Foi observado risco aumentado de infecções graves (incluindo pneumonia, pielonefrite, artrite séptica e septicemia, com alguns casos fatais) e de tuberculose em doentes tratados com Humira. A maioria dos casos notificados de tuberculose ocorreu nos primeiros 8 meses. Os doentes devem ser cuidadosamente monitorizados para despiste de infecções, incluindo tuberculose, antes, durante e após o tratamento com Humira. O tratamento não deve ser iniciado em doentes com infecções activas, incluindo infecções crónicas ou localizadas, até que as mesmas estejam controladas. A administração de Humira deve ser interrompida se um doente desenvolver uma nova infecção grave. Antes de iniciar o tratamento com Humira, todos os doentes devem ser avaliados para despiste de tuberculose activa ou latente, procedendo-se de acordo com as recomendações locais para o diagnóstico e para o tratamento que deve ser instituído no caso de se detectar uma tuberculose activa ou latente, previamente ao início de tratamento com Humira. Foram notificados caso de infecções oportunistas graves e sérias como pneumonia a Pneumocystis carinii, histoplasmose disseminada, listeriose e aspergilose em doentes tratados com Humira. Os doentes devem ser aconselhados a consultar o médico se tiverem sinais /sintomas sugestivos de infecção por tuberculose ou de outras infecções atípicas (Ex. tosse persistente, emagrecimento/perda de peso, febrícula, deterioração generalizada). Ocorreu reactivação de hepatite B, em doentes portadores crónicos, tratados com antagonista TNF incluindo Humira, pelo que doentes com risco de infecção HBV devem ser avaliados para uma possível infecção de HBV antes do início do tratamento com Humira. Após comercialização foram notificadas muito raramente reacções alérgicas graves, incluindo anafilaxia, associadas à administração de Humira. Caso se verifique uma reacção anafiláctica ou outra reacção alérgica grave, deve suspender-se imediatamente a administração de Humira e instituir uma terapêutica apropriada. Doentes sensíveis ao látex podem ter reacções alérgicas graves (protecção da agulha da caneta pré cheia tem látex). Os antagonistas do TNF, incluindo Humira, foram associados, em casos raros, com o reaparecimento ou com a exacerbação de sintomatologia clínica e/ou evidência radiográfica de doença desmielinizante, devendo considerar-se o seu uso com precaução nestes doentes. De acordo com o conhecimento actual, não pode ser excluído o possível risco de desenvolvimento de linfomas ou outras neoplasias em doentes tratados com um antagonista TNF, incluindo Humira. Não foram efectuados estudos em doentes com história de neoplasias, devendo ter-se precaução adicional ao considerar tratamento com Humira nestes doentes. Surgiram casos raros de pancitopenia com antagonista TNF. No caso de surgirem sinais e

COMPARTICIPADO

100%

Humano[1]

Despachos n.º 20510/2008, de 5 de Agosto e n.º 30994/2008, de 2 de Dezembro

Artrite Idiopática Juvenil

sintomas sugestivos de discrasias sanguíneas durante a terapêutica com Humira, os doentes devem recorrer de imediato ao médico e descontinuar o tratamento se existirem anomalias sanguíneas significativas. Humira deve ser utilizado com precaução em doentes com insuficiência cardíaca ligeira. O tratamento com Humira pode dar origem à formação de anticorpos auto-imunes. Deve suspender-se o tratamento se um doente apresentar sintomas sugestivos de uma síndrome tipo lúpus e se desenvolver positividade para anticorpos contra a dupla cadeia de DNA durante o tratamento com Humira. Doentes tratados com Humira podem receber vacinas concomitantes, excepto vivas. Recomenda-se que os doentes com artrite idiopática juvenil poliarticular, antes de iniciar o tratamento com Humira sejam informados sobre todas as vacinas, de acordo com o actual plano de vacinação nacional. O doente que requeira cirurgia durante o tratamento com Humira deve ser cuidadosamente monitorizado para infecções, e devem ser tomadas acções acções apropriadas, havendo experiência limitada destes casos. Não se recomenda a utilização de adalimumab durante a gravidez e as mulheres em idade fértil deverão ser fortemente aconselhadas a usar um método contraceptivo adequado para evitar a gravidez e continuar a utilizá-lo durante pelo menos cinco meses após o último tratamento com Humira. Não se recomenda a associação de adalimumab com anakinra ou com abatacept. Humira foi avaliado em doentes com artrite reumatóide, artrite idiopática juvenil poliarticular e artrite psoriática, tratados em monoterapia, e em doentes submetidos a um tratamento concomitante com metotrexato, tendo a formação de anticorpos sido mais baixa e a eficácia superior quando Humira foi administrado com metotrexato relativamente ao uso em monoterapia. **EFEITOS INDESEJÁVEIS:** Humira foi estudado em 6.593 doentes em ensaios controlados e abertos de duração até 60 meses. A % de doentes que suspendeu o tratamento por efeitos adversos nos principais estudos controlados com placebo em dupla ocultação foi de 4,5% para ambos os grupos tratados com Humira e com placebo. Os efeitos indesejáveis muito frequentes (³ 1/10) foram reacções no local da injecção (dor, eritema, prurido, edema ou hemorragia) – 15% vs 9% com placebo, sem necessidade geralmente de suspensão do tratamento. Os efeitos indesejáveis frequentes (³ 1/100 e <1/10) foram: tonturas, cefaleias, alterações neurológicas, tosse, dor faríngea, diarreia, dor abdominal, estomatite, ulcerações orais, náuseas, erupção cutânea, prurido, dor musculoesquelética, infecções respiratórias inferiores (incluindo pneumonia e bronquite), infecções virais (incluindo influenza e herpes), candidíase, infecções bacterianas (incluindo infecção urinária), infecção respiratória superior, pirexia, fadiga e enzimas hepáticas aumentadas. Para efeitos pouco frequentes ou raros e outras informações de segurança consulte o RCM. A taxa de infecções nos principais estudos controlados foi de 1,58 por doentes/ano com Humira e 1,42 por doentes/ano com placebo e controlo activo. Muitas das infecções sérias ocorrem em doentes com tratamento concomitante com outros imunossupressores, que juntamente com as patologias reumáticas, podem estar predispostos a infecções. Quando associados estes ensaios controlados com os estudos de extensão de fase aberta a decorrerem, com uma média de duração de aproximadamente 1,7 anos incluindo 6.539 doentes e mais de 16.000 doentes/ano de terapêutica, a taxa observada de neoplasias, para além de linfomas e neoplasias cutâneas não melanomas é de aproximadamente 10,1 por 1.000 doentes/ano. Esta taxa total de neoplasias em doentes tratados com Humira foi semelhante à esperada para a idade, sexo, raça da população geral. A taxa observada de neoplasias cutâneas não melanomas é de aproximadamente 9,0 por 1.000 doentes/ano, e a taxa observada de linfomas é de aproximadamente 1,1 por 1.000 doentes/ano. Outras reacções adversas descritas em ensaios clínicos de Fase IV ou pós comercialização: perfuração intestinal, reactivação de hepatite B, perturbações desmielinizantes (p.e. neurite óptica, síndrome de Guillain-Barré), doença pulmonar intersticial, incluindo fibrose pulmonar, vasculites cutâneas, anafilaxia e linfoma hepatoesplénico de linfócitos T. Rev: 10/2008. **Representante local do titular da AIM:** Abbott Laboratórios, Lda. Estrada de Alfragide, 67 - Alfrapark - Edifício D - 2610-008 Amadora. Regime especial de comparticipação – 100% (Despacho nº 20510/2008, de 5 de Agosto) Medicamento Sujeito a Receita Médica Restrita. Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado.

03/2009/SCD/74

Abbott Laboratórios, Lda.
Estrada de Alfragide, 67 Alfrapark - Edifício D I 2610-008 Amadora I Telf. 21 472 71 00 I Fax. 21 471 44 82
Contribuinte e Matrícula na Conservatória do Reg. Com. da Amadora nº 500 006 148 I Capital Social 7.386.850 €

Abbott
A Promise for Life

Editorial

Ponto de encontro!

A Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR) organiza o seu XV Congresso, no Funchal, de 7 a 10 de Abril.

Quis o destino que ele ocorresse após os acontecimentos trágicos que atingiram a Ilha da Madeira, no passado recente, e que marcaram de forma profunda a alma e o sentir dos Madeirenses. Uma palavra de solidariedade dos Reumatologistas Portugueses ao Povo da Madeira, consubstanciada no desejo de um rápido "voltar de página", de que a presença do nosso Congresso é também um contributo.

Um Congresso é sempre uma oportunidade para expressar o vigor científico de uma Especialidade e este XV Congresso não é excepção. Os trabalhos apresentados, quer sob a forma de Poster quer sob a forma de "Comunicação Livre", atestam bem a pujança da Reumatologia. A presença de inscritos de outras áreas do conhecimento médico, nomeadamente da Medicina Geral e Familiar, da Ginecologia, da Medicina Física e Reabilitação, da Ortopedia, entre outras, aumentam grandemente o leque dos receptores alvo da mensagem, aumentando "em superfície" o conhecimento das Doenças Reumáticas.

Constitui motivo de regozijo a presença das Sociedades Brasileira e Espanhola de Reumatologia, através das suas Presidentes, participando numa homenagem simbólica da SPR ao Professor Doutor Mário Viana de Queiroz, personagem a que a Reumatologia Portuguesa muito deve, no momento em que deixa o Serviço de Reumatologia do Hospital de Santa Maria, em Lisboa, por aposentação voluntária, e a que o Boletim Informativo faz menção noutro local.

Mas se o Congresso constitui sempre um motivo de satisfação, não o é menos a implantação da Reumatologia em Bragança e em Évora, aumentando o universo de cobertura da nossa Especialidade na Rede Pública de Unidades de Saúde. Passarão Alentejanos e Transmontanos a dispor de mais uma abordagem do aparelho locomotor. Felicidades para os Colegas que iniciam este novo desafio.

Grão a grão enche a galinha o papo… ■

Dr. Luís Maurício
Presidente-Eleito da SPR

Nesta Edição

Tema de Capa 4 a 6

Entre 7 e 10 de Abril, no Funchal
O que esperar do XV CPR

Comissão Organizadora Local
Testemunhos

Entrevista 8 a 10

Francisco Jardim Ramos, Secretário Regional dos Assuntos Sociais da Madeira
"A melhor forma de ajudar é virem à Madeira"

Revisão 12 a 14

João Eurico da Fonseca, Reumatologista
Artrite Reumatóide: diagnosticar precocemente com o objectivo de induzir a remissão clínica

Privado 16 a 18

À conversa com...
Licínio Poças

Relance 20 | 31 a 32

Agenda Cultural na Madeira

Eventos nacionais e internacionais

Paladar 21

Gourmet das ilhas

Sociedade Reumatológica 24 a 25 | 27 a 29

Margarida Paula Ramos
Outra face da Reumatologia

O dia em que uma conversa se concretizou

Vantagens da abordagem conjunta

Emoção na homenagem a Viana de Queiroz

Espaços 36 a 38

Funchal: roteiros culturais

Destinos 40 a 42

Como ser romano em Roma?

Ficha Técnica

Sociedade Portuguesa de Reumatologia

A SPR é membro da EULAR-European League Against Rheumatism

Propriedade
Sociedade Portuguesa de Reumatologia
Av. de Berlim, nº 33 B
1800-033 Lisboa
info@spreumatologia.pt
www.spreumatologia.pt

Periodicidade
Quadrimestral

Tiragem
3000 exemplares

Depósito legal
265378/07

Direcção
Presidente
Rui André Santos

Vice-Presidente
Viviana Tavares

Vice-Presidente
Rui Leitão

Secretária-Geral
Patrícia Nero

Secretária Adjunta
Helena Canhão

Tesoureira
Lúcia Costa

Vogal Região Norte
Filipe Brandão

Vogal Região Centro
Margarida Oliveira

Vogal Região Sul
Ana Teixeira

Vogal Região Ilhas
Ricardo Figueira

Mesa da Assembleia Geral
Presidente
Augusto Faustino

Secretário
Walter Castelão

Secretário
José Ribeiro

Conselho Fiscal
Presidente
José Vaz Patto

Relator
José Bernardes

Vogal
Maria Manuela Parente

Presidente-Eleito
Luís Maurício

O que esperar do XV CPR

Entre 7 e 10 de Abril, todos os caminhos vão dar à Ilha da Madeira. É no Funchal que se realiza o maior evento científico da especialidade de Reumatologia, o XV Congresso Português de Reumatologia, organizado pela Sociedade Portuguesa de Reumatologia. Saiba o que esperar dele

Convidados internacionais

Para não fugir à regra, o XV Congresso Português de Reumatologia conta com a participação de personalidades internacionais relevantes na área, entre as quais:

- Antonio Gonzalez (Espanha);
- Clare Jacklin (Reino Unido);
- Gabriel Herrero-Beaumont (Espanha);
- Geraldo Castelar (Brasil);
- Ieda Laurindo (Brasil);
- Juan J. Gomez-Reino (Espanha);
- Loreto Carmona Ortells (Espanha);
- Lucien Aarden (Holanda);
- Marco Gattorno (Itália);
- Maxime Breban (França);
- Michael Doherty (Reino Unido);
- Rosario de Vicuña (Espanha);
- Thomas Huizinga (Holanda).

Números

4 Dias dedicados à especialidade

2 Cursos Pré-Congresso

12 Mesas-Redondas

5 Encontros com Especialista

2 Sessões Plenárias

1 "Revisão do Ano": Ciência Básica e Ciência Clínica

8 Simpósios

4 Sessões de *posters*

5 Sessões especiais

Em poucas linhas

Helena Canhão, Comissão Científica

"O Congresso Português de Reumatologia é, como sempre, uma oportunidade de actualização em todos os temas da Reumatologia. Vão existir várias mesas-redondas sobre temas pertinentes relacionados com as principais patologias, com o objectivo de congregar os reumatologistas, mas também dedicadas aos clínicos gerais, que constituem sempre uma assistência importante. É essencial destacar a presença de especialidades de fronteira e de sociedades de Reumatologia internacionais, como são os casos da espanhola e brasileira, e de personalidades internacionais bem conhecidas. Vai ser, com certeza, mais uma oportunidade de todos aprendermos e convivermos mais.

Highlights

De acordo com Rui André, presidente da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, a realização deste evento "constitui a mais importante actividade da Sociedade em 2010 e, certamente, o mais marcante evento científico a realizar na área da Reumatologia. O Programa Científico deste Congresso espelha a evolução rápida dos conhecimentos nas diversas áreas que se cruzam com a Reumatologia". Confira os destaques.

7 de Abril

Cursos Pré-Congresso: Imunologia Clínica e Ecografia do Aparelho Locomotor
Simpósios: Novartis e Pfizer
Cerimónia de Abertura e Entrega dos Reuméritus

8 de Abril

Mesas-Redondas: Artrite Reumatóide, Associações de Doentes, Avanços Terapêuticos, Década do Osso e Dor na Articulação e Osteoporose
Encontros com Especialista: Imagiologia Básica do Aparelho Locomotor e Reumatismos Peri-Articulares mais Frequentes
Simpósios: MSD, Abbott e Roche
Sessão Plenária I e Revisão do Ano
Apresentação do Estudo sobre Acesso às Terapêuticas Inovadoras na Artrite Reumatóide – Portugal no Contexto Europeu

9 de Abril

Mesas-Redondas: Osteoartrose, Interface com Clínica Geral, Espondilartrites, Interface com Medicina Interna e Reumatologia Pediátrica
Encontros com Especialista: Artrite Inicial e Lombalgia
Simpósios: Roche, Abbott e Servier
Sessão Plenária II
Estudo Epidemiológico das Doenças Reumáticas em Portugal: Um Projecto Presente
Sessão Cultural e Jantar do Congresso

10 de Abril

Mesas-Redondas: Doenças Reumáticas Sistémicas e Profissionais de Saúde Não Médicos
Encontro com Especialista: Acompanhamento do Doente Reumático
Simpósio Prof. Doutor Mário Viana de Queiroz
Resumo do Congresso

O espaço

O **CS Madeira Congress Centre** faz parte integrante do CS Madeira Atlantic Resort & Sea SPA. Está a cinco minutos do centro do Funchal e tem uma vista ímpar sobre o Oceano Atlântico.

Curiosidade

Esta é a segunda vez que a Sociedade Portuguesa de Reumatologia organiza o Congresso no Funchal. A VI edição ocorreu entre 29 de Maio e 1 de Junho de 1991, e na opinião de Mário Rodrigues "foi um sucesso quer do ponto de vista científico quer organizacional, embora naquela altura houvesse dificuldade, por exemplo, em organizar sessões científicas simultâneas".

Consulte o programa detalhado do XV Congresso Português de Reumatologia nas páginas 34 e 35 desta revista

Testemunhos

Perguntámos à Comissão Organizadora Local do XV CPR, constituída pelos reumatologistas Alberto Quintal, Mário Rodrigues, Herberto Jesus e Ricardo Figueira, o que destaca da organização desta edição no Funchal

Alberto Quintal

Director do Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar do Funchal

Um grande evento científico como é o XV Congresso Português de Reumatologia exige, na sua génese, uma grande equipa que, em conjunto, permita ter em atenção os vários aspectos da sua organização e assuma, no colectivo, a responsabilidade do mesmo. Com esta visão, os elementos locais colaboraram com a comissão organizadora do Congresso na orientação e escolha dos espaços disponíveis para a sua realização e nos contactos com as entidades governativas da Região Autónoma da Madeira, nomeadamente aquelas que tutelam a Saúde. O objectivo foi o de procurar os apoios possíveis de modo que, com fidalguia e amizade, que são apanágio do povo madeirense, possamos contribuir para que os colegas e congressistas em geral se sintam bem na nossa Região. Esta componente social foi preocupação nossa, orientando e opinando no sentido de escolher os melhores programas e eventos para o êxito do Congresso.

O Congresso Português de Reumatologia constitui mais uma oportunidade para uma maior implantação da Especialidade, sendo uma honra receber na Região figuras incontornáveis da Reumatologia portuguesa e internacional.

Em termos específicos, destacamos uma maior aproximação da Reumatologia com outras especialidades o que, se existir bom senso das partes interessadas, será sempre uma mais-valia para os doentes do foro reumatológico. ■

Mário Rodrigues

Chefe de Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar do Funchal

Pela segunda vez na sua história, a Sociedade Portuguesa de Reumatologia realiza este evento científico no Funchal. O VI Congresso Português de Reumatologia decorreu entre 29 de Maio e 1 de Junho de 1991 e, na época, foi um sucesso, quer do ponto de vista científico, quer organizacional, embora naquela altura houvesse dificuldade, por exemplo, em organizar Sessões Científicas simultâneas. De então para cá, as facilidades logísticas melhoraram muito, pelo que se prevê que esta edição seja ainda melhor, em consonância com a evolução registada, quer nos modelos organizacionais, quer no campo científico.

Contamos receber cerca de 800 congressistas, cuja dificuldade será – assim esperamos – escolher qual a sessão científica a que assistirá.

Esperamos poder exibir, durante toda a semana do Congresso, a exposição "Saber que faz Mover", como forma de alertar a população geral e os órgãos de comunicação social para os problemas relacionados com as doenças reumáticas.

E teremos também um momento cultural e de convívio no dia 9 de Abril, que, esperamos, constituirá o momento alto na função social do Congresso. Para os médicos e outros profissionais de saúde locais, será uma oportunidade de actualização científica e troca de experiências. ■

Herberto Jesus

Assistente Hospitalar Graduado do Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar do Funchal

Enalteço a coragem em efectuar o XV Congresso Português de Reumatologia na "Pérola do Atlântico". Representa o corolário, o princípio e o fim de um "ciclo de sucesso". Os especialistas desta área médica são reconhecidos pela sua competência científica e pela ética. O programa disseca as patologias "major", promove a interacção saudável entre especialidades e integra o foco da nossa actuação, através das reuniões com as associações de doentes. Além disso, permitirá estabelecer parcerias, consolidar o reconhecimento institucional e projectar áreas de intervenção eficazes e multidisciplinares. ■

Ricardo Figueira

Assistente Hospitalar do Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar do Funchal

O Congresso Português de Reumatologia é um evento científico de qualidade, que marca a agenda dos reumatologistas e que se quer muito participado não só por estes especialistas portugueses, mas também por outros colegas de outras especialidades e nacionalidades.

Pensámos num congresso, ao longo de quatro dias de trabalho científico, organizado num programa em que patologias como a artrite reumatóide e as espondilartrites têm o devido destaque, mas outras patologias mais frequentes na clínica diária são também debatidas.

Por outro lado, queremos criar a oportunidade aos congressistas e aos seus acompanhantes de desfrutar um pouco da beleza da nossa ilha ou, pelo menos, plantar a vontade de voltar para umas férias. ■

Água, o bem essencial à vida...

COMPARTICIPADO • COMPARTICIPADO • COMPARTICIPADO • COMPARTICIPADO • COMPARTICIPADO • COMPARTICIPADO

COMPARTICIPADO
01-04-2010

novo

Chegou o Novo ZALDIAR EFE.
A resposta efervescente à dor.

GRUNENTHAL
frente a frente com a dor

GRUNENTHAL, S.A.
Rua Alfredo da Silva, 16
2610-016 Amadora - Portugal
Tel.: 214 726 300 / Fax: 214 710 910
NC 500 101 965 - Soc. Anónima
Cap. Social 3.785.000 €
Mat. nº 6815 da C. Cons. Reg. Com.
Amadora - Portugal

NOME: ZALDIAR EFE 37,5 mg/325 mg, comprimidos efervescentes **COMPOSIÇÃO:** Cada comprimido efervescente contém 37,5 mg de cloridrato de tramadol e 325 mg de paracetamol. Excipientes: Cada comprimido efervescente contém 7,8 mmol (ou 179,4 mg) de sódio (na forma de citrato monossódico, bicarbonato de sódio e sacarina sódica). Cada comprimido efervescente contém 0,4 mg de amarelo-sol FCF. **FORMA FARMACÊUTICA:** Comprimido efervescente. **INDICAÇÕES:** ZALDIAR EFE está indicado para o tratamento sintomático da dor moderada a intensa. **POSOLOGIA:** Dose inicial de dois comprimidos efervescentes. O intervalo entre as doses não deve ser inferior a seis horas. Dose máxima diária 8 comprimidos. Idade superior a 12 anos. **CONTRA-INDICAÇÕES:** Hipersensibilidade ao cloridrato de tramadol, paracetamol, amarelo-sol FCF ou a qualquer dos excipientes; Intoxicação aguda pelo álcool, medicamentos hipnóticos, analgésicos de acção central, opiáceos ou medicamentos psicotrópicos; Não deve ser administrado a doentes em tratamento com inibidores da monoamino oxidase nem após as duas semanas depois da paragem do tratamento; Insuficiência hepática grave; Epilepsia não controlada por tratamento; insuficiência respiratória grave; não está indicado como terapêutica de substituição em doentes dependentes de opiáceos. **ADVERTÊNCIAS:** Têm sido observadas convulsões em doentes predispostos e a receber tratamento com tramadol e/ou tratados com fármacos que podem diminuir o limiar convulsivo. Deve ser usado com precaução em doentes com dependência de opiáceos, com traumatismo craniano, predispostos a convulsões, apresentando perturbações biliares, em estado de choque, com alteração da consciência de origem desconhecida, com problemas que afectam o centro respiratório ou a função respiratória ou com aumento da pressão intracraniana. **INTERACÇÕES:** Inibidores da MAO não selectivos; Inibidores selectivos da MAO A; Inibidores selectivos da MAO B; Inibidores selectivos da recaptação de serotonina, antidepressores tricíclicos, antipsicóticos, analgésicos de acção central ou anestésicos locais. Não se recomenda a utilização concomitante com agonistas/antagonistas dos opiáceos (buprenorfina, nalbufina, pentazocina). **EFEITOS INDESEJÁVEIS:** Náuseas, tonturas e sonolência; confusão, alterações do humor, ansiedade, nervosismo, euforia, perturbações do sono; depressão, alucinações, pesadelos, amnésia; dependência do fármaco; abuso; cefaleias, tremor; contracções musculares involuntárias, parestesias; convulsões, ataxia; visão turva; acufenos; arritmia, taquicardia, palpitações; hipertensão, afrontamentos; dispneia; vómitos, obstipação, xerostomia, diarreia, dor abdominal, dispepsia, flatulência; disfagia, melenas; sudação, prurido; reacções dérmicas (por exemplo *rash* e urticária); alterações na micção (disúria e retenção urinária), albuminúria, arrepios, dor torácica; elevação das transaminases; **DATA DA REVISÃO DO TEXTO:** Abril 2009. Medicamento Sujeito a Receita Médica. Grünenthal, S.A. - R. Alfredo da Silva, 16 - 2610-016 Amadora. *Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado.* PVP 5,19 €. (Comparticipado no escalão C -37%)

ZLD 2C10 - Anúncio

Entrevista a Francisco Jardim Ramos, Secretário Regional dos Assuntos Sociais da Madeira

"A melhor forma de ajudar é virem à Madeira"

A entrevista a Francisco Jardim Ramos, Secretário Regional dos Assuntos Sociais da Madeira, começou por ser uma tentativa de retratar a Reumatologia e a Saúde na Madeira, mas acabou também por ser marcada pela intempérie que assolou a ilha em Fevereiro

Secretário Regional dos Assuntos Sociais desde 2007, Francisco Jardim Ramos é uma das figuras mais mediáticas do X Governo Regional da Madeira, em grande parte devido aos temas que integram a "pasta": Saúde, Segurança Social e Protecção Civil. Numa entrevista que começou antes da tragédia da Madeira e findou duas semanas depois, Francisco Jardim Ramos traça o retrato da Reumatologia na Madeira.

B.I.: O Funchal acolhe, entre 7 e 10 de Abril, o XV Congresso Português de Reumatologia, o evento científico mais importante da Reumatologia em Portugal. À semelhança de algumas regiões do Continente, também há falta de reumatologistas na Madeira?
F. J. R.: Na Região Autónoma da Madeira desempenham as suas funções quatro

reumatologistas, no Serviço de Reumatologia do Hospital Dr. Nélio Mendonça. Este *ratio* está de acordo com o que é considerado aconselhável pelas entidades internacionais da Saúde, atendendo a que há cerca de 250 000 habitantes na Região. A população em geral tem acesso aos serviços prestados neste âmbito, os quais são complementados pelos cuidados de Saúde primários nos 52 centros de Saúde existentes. Actualmente, existe um protocolo para o estágio de médicos de Medicina Geral e Familiar no Serviço de Reumatologia por um período de dois meses, pelo que estes profissionais estão aptos na observação e orientação dos doentes com doenças reumáticas.

Neste contexto, não existe falta de reumatologistas na Madeira. No entanto, já foi solicitada a abertura de mais uma vaga para esta especialidade, no sentido não só de preencher as novas valências que vão surgindo na especialidade de Reumatologia, como também pensando na renovação dos quadros.

Vê com satisfação a realização do XV Congresso Português de Reumatologia na Madeira? Considera-o vantajoso para o turismo ou para a promoção da Saúde na Região?
A realização, na Madeira, de reuniões de natureza técnico-científica altamente especializadas, como o XV Congresso Português de Reumatologia, é para nós, Governo Regional, motivo de grande satisfação e orgulho.

A par das suas excelentes características naturais, que a definem como um destino turístico de elevada qualidade, a Madeira tem vindo a consolidar também a sua vocação para acolher eventos de trabalho, atenuando o facto de estar distante dos grandes centros de decisão.

> Neste contexto, não existe falta de reumatologistas na Madeira

Estes encontros confirmam a nossa capacidade técnica e organizativa para a concretização de iniciativas que nos prestigiam e se revelam importantes para a Região a todos os níveis: económico, social, cultural e científico.

Não posso deixar de salientar a sua importância para o turismo da Região, principal sector económico regional. Mais ainda, quando neste momento, se vive um período importante de reconstrução da ilha, afectada, como sabeis, por uma forte intempérie, no passado dia 20 de Fevereiro. A melhor forma de ajudar é virem à Madeira, seja para passar uns dias de lazer e desfrutar da ilha, seja para participar em encontros científicos, como o XV Congresso Português de Reumatologia.

Por outro lado, a nossa grande preocupação em termos de Saúde é que a prestação dos cuidados atinja patamares máximos de qualidade e excelência, daí a importância fundamental da aprendizagem contínua e permanente que estes encontros propiciam.

O Plano Regional de Saúde 2004-2010 prevê, entre outras questões, o combate das principais doenças crónicas. O que tem sido feito neste contexto?
O crescente envelhecimento da população transporta-nos para um contexto social em que as doenças crónicas ganham uma forte prevalência. Os cuidados de Saúde têm inevitavelmente de estar direccionados para esta realidade.

Reumatologia na Madeira

Na Região Autónoma da Madeira, o Serviço de Reumatologia está localizado no Hospital Dr. Nélio Mendonça e integra quatro reumatologistas: Alberto Quintal (Director do Serviço), Mário Rodrigues (Chefe do Serviço), Herberto Jesus (Assistente Hospitalar Graduado) e Ricardo Figueira (Assistente Hospitalar).

As actividades do Serviço desenvolvem-se, de acordo com os dados providenciados pelo director do Serviço de Reumatologia deste hospital, Alberto Quintal, em várias vertentes: Internamento, Consulta Externa (que inclui Reumatologia Pediátrica e da Adolescência, e consulta de Terapias Biotecnológicas), Técnicas de Diagnóstico e Terapêutica, incluindo Microscopia de Luz Polarizada, Ecografia do Aparelho Locomotor e Técnicas Invasivas da Coluna Vertebral, em colaboração com o Serviço de Ortopedia. O Serviço contempla ainda as terapias biotecnológicas, que são efectuadas em regime de Hospital de Dia, e formação médica (colabora com o Internato Médico em relação a estágios de médicos em formação, nomeadamente Internos de Clínica Geral e Medicina Familiar e outras especialidades).

À semelhança do que afirma Francisco Jardim Ramos, também Alberto Quintal, director do Serviço de Reumatologia deste hospital, confirma que o número de reumatologistas respeita as normas internacionais. No entanto, "os chamados custos da Insularidade também se fazem sentir nesta área, exigindo da parte dos reumatologistas um esforço acrescido na sua formação e na colaboração, por exemplo, em estudos nacionais multicêntricos", adverte. ■

O actual Plano Regional de Saúde, que estará em avaliação no decorrer deste ano, dedica um capítulo aos Problemas de Saúde Prioritários, no qual se definiram um grupo de intervenções estratégicas ao nível das doenças crónico-

> Os cuidados de Saúde têm inevitavelmente de estar direccionados para esta realidade [o crescente envelhecimento da população]

-degenerativas. Muitas medidas foram atingidas através da implementação de programas de Saúde específicos, como o Programa Regional de Controlo da Diabetes, entre outros. Melhorámos a qualidade dos cuidados, com a implementação de Vias Verdes, de rastreios à população, promovendo um vasto número de acções com vista à informação e educação para a Saúde.

Que retrato pode fazer da Saúde na Madeira, no que concerne aos Assuntos Sociais?
O contexto insular e ultraperiférico, onde se desenvolve a prestação dos cuidados de Saúde, e a recente subscrição por Portugal da Carta Europeia dos Sistemas de Saúde (Carta de Tallinn), onde se apontam os grandes desafios, num contexto de mudança demográfica e epidemiológica das populações, alargamento das disparidades económicas, escassez de recursos, desenvolvimento tecnológico e crescente aumento das expectativas das pessoas, determinam que o desempenho do sistema regional de Saúde, para além de eficaz e eficiente, melhore a saúde da população.

A prestação de cuidados de Saúde, no âmbito do Sistema Regional de Saúde da Madeira, é de qualidade, pautando-se pelos princípios da universalidade do acesso e da centralidade do utente, respondendo dentro do possível às suas necessidades e preferências. ■

Perfil

Francisco Jardim Ramos, médico de formação, é Secretário Regional dos Assuntos Sociais da Madeira desde Maio de 2007. Foi presidente da Assembleia Municipal de Porto Moniz durante três mandatos, entre 1989 e 2001, e deputado à Assembleia da República de 1983 a 1988, em representação do círculo eleitoral da Madeira, eleito pelas listas do PSD. É deputado à Assembleia Legislativa da Madeira desde 1988; contudo, em 2007, suspendeu o mandato para integrar funções governativas no X Governo Regional da Madeira. ■

Reabilitar a imagem da Madeira

Divulgar a mensagem de que a Madeira continua maravilhosa é o objectivo actual do Governo Regional da Madeira. Depois do temporal que se abateu sobre a ilha no passado dia 20 de Fevereiro, que fez 42 mortos, 600 desalojados e cerca de 250 feridos, deixando um rasto de destruição em particular nas freguesias de Funchal, Ribeira Brava, Câmara de Lobos e Santa Cruz, todo o enfoque está agora na recuperação e na desmistificação das primeiras imagens veiculadas pelos meios de comunicação social.

De acordo com as afirmações de Conceição Estudante, Secretária do Turismo e Transportes, ao Jornal da Madeira, o primeiro momento simbólico da reabilitação da Madeira será dado na Festa da Flor, que se realizará entre 15 e 18 de Abril. Estão também a ser preparadas campanhas promocionais da Madeira com a participação de celebridades públicas, que têm como objectivo assegurar que a região continue a ser um destino turístico privilegiado nestas férias. ■

EXXIV®

ETORICOXIB

É MUITO MAIS

EXXIV, comprimidos revestidos por película contendo **30 mg, 60 mg, 90 mg** ou **120 mg** de etoricoxib. **Indicações terapêuticas:** Alívio sintomático da osteoartrose (OA), artrite reumatóide (AR), espondilite anquilosante e da dor e sinais de inflamação associados a artrite gotosa aguda. **Posologia e modo de administração:** Osteoartrose – 30 mg uma vez por dia. Em alguns doentes com alívio sintomático insuficiente, um aumento da dose para 60 mg, uma vez por dia, pode aumentar a eficácia. Na ausência de um aumento no benefício terapêutico devem ser consideradas outras opções terapêuticas. Artrite reumatóide – 90 mg uma vez por dia. Espondilite anquilosante – 90 mg uma vez por dia. Artrite gotosa aguda – 120 mg uma vez por dia. A dose de 120 mg de etoricoxib só deverá ser usada no período sintomático agudo. A dose para cada indicação é a dose máxima recomendada. A dose para a artrite gotosa aguda deve ser limitada a um máximo de 8 dias de tratamento. Uma vez que o risco cardiovascular relacionado com a utilização de etoricoxib pode aumentar com a dose e a duração da exposição, deverá usar-se a menor dose diária eficaz, na menor duração possível. **Contra-indicações:** Hipersensibilidade à substância activa ou a qualquer um dos excipientes. Úlcera péptica activa ou hemorragia gastrointestinal (GI) activa. Antecedentes de broncospasmo, rinite aguda, pólipos nasais, edema angioneurótico, urticária ou reacções do tipo alérgico após a administração de ácido acetilsalicílico ou anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) incluindo os inibidores da COX-2 (ciclo-oxigenase-2). *Gravidez e aleitamento* Disfunção hepática grave (albumina sérica <25 g/l ou pontuação ≥10 na escala de Child-Pugh). Depuração da creatinina estimada em <30 ml/min. Crianças e adolescentes com menos de 16 anos de idade. Doença intestinal inflamatória. Insuficiência cardíaca congestiva (NYHA II-IV). Doentes com hipertensão cuja pressão arterial esteja persistentemente acima de 140/90 mmHg e não tenha sido controlada de forma adequada. Doença isquémica cardíaca, doença arterial periférica e/ou doença cerebrovascular estabelecidas. **Efeitos indesejáveis:** As reacções adversas listadas por frequência *(muito frequentes: ≥1/10, frequentes: ≥1/100 a <1/10, pouco frequentes: ≥1/1,000 a <1/100, raros: ≥1/10,000 a <1/1,000, muito raros: <1/10,000)* foram as seguintes: *Frequentes* Edema/retenção de líquidos, tonturas, cefaleias, palpitações, hipertensão, perturbações gastrointestinais (ex. dor abdominal, flatulência, azia), diarreia, dispepsia, *mal-estar* epigástrico, náuseas, *equimoses*, astenia/fadiga, doença semelhante a gripe, aumentos da AST e/ou da ALT; *Pouco frequentes* Gastroenterite, infecção das vias aéreas superiores, infecção do tracto urinário, alterações do apetite, aumento de peso, ansiedade, depressão, diminuição da acuidade mental, disgeusia, insónia, parestesias/hipostesia, sonolência, visão turva, conjuntivite, acufenos, vertigens, fibrilhação auricular, insuficiência cardíaca congestiva, alterações inespecíficas do ECG, enfarte do miocárdio*, rubor facial, acidente vascular cerebral*, acidente isquémico transitório, tosse, dispneia, epistaxe, distensão abdominal, refluxo ácido, alteração do peristaltismo intestinal normal, obstipação, xerostomia, úlcera gastroduodenal, síndrome do cólon irritável, esofagite, úlcera oral, vómitos, gastrite, edema facial, prurido, erupção cutânea, câibra/espasmo muscular, dor/rigidez músculo-esqueléticas, proteinúria, dor torácica, aumento do azoto ureico (BUN), aumento da creatina fosfoquinase, diminuição do hematócrito, diminuição da hemoglobina, hipercaliemia, diminuição dos leucócitos, diminuição das plaquetas, aumento da creatinina sérica, aumento do ácido úrico; *Raros* diminuição de sódio no sangue; *Muito raros* Reacções de hipersensibilidade, incluindo angiodema, reacções anafiláctica/anafilactóides, incluindo choque, confusão, alucinações, crise hipertensiva, broncospasmo, úlceras pépticas incluindo perfuração gastrintestinal e hemorragias (principalmente em doentes idosos), hepatite, urticária, Síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica, insuficiência renal, incluindo falência renal, normalmente reversível após suspensão da terapêutica. *Com base na análise de ensaios clínicos de longa duração, controlados com placebo ou comparador activo, os inibidores selectivos da COX-2 foram associados a um aumento do risco de acontecimentos trombóticos arteriais graves, incluindo enfarte do miocárdio e AVC. Com base dos dados existentes, é improvável que o aumento do risco absoluto destes acontecimentos exceda 1% por ano (pouco frequente). **Apresentação e Preços:** Exxiv 60 mg 7 comp. P.V.P. €8.22 Comparticipação 69% (Regime Geral) Estado: €5.67 Utente: €2.55. Comparticipação 84% (Regime Especial) Estado: €6.90 Utente: €1.32. Exxiv 60 mg 28 comp. P.V.P. €29.60 Comparticipação 69% (Regime Geral) Estado: €20.42 Utente: €9.18. Comparticipação 84% (Regime Especial) Estado: €24.86 Utente: €4.74. Exxiv 90 mg 7 comp. P.V.P. €8.48 Comparticipação 69% (Regime Geral) Estado: €5.85 Utente: €2.63. Comparticipação 84% (Regime Especial) Estado: €7.12 Utente: €1.36. Exxiv 90 mg 28 comp. P.V.P. €30.54 Comparticipação 69% (Regime Geral) Estado: €21.07 Utente: €9.47. Comparticipação 84% (Regime Especial) Estado: €25.65 Utente: €4.89. Exxiv 120 mg 7 comp. P.V.P. €10.61. Sob licença de Merck& Co.,Inc. Para mais informações deverá contactar o titular da AIM: BIAL - Portela & Cª S.A.- À Av. da Siderurgia Nacional - 4745-457 S. Mamede do Coronado - PORTUGAL - Capital Social €43.500.000 - Sociedade Anónima - Matrícula Nº 500 220 913 - Conservatória do Registo Comercial da Trofa - Contribuinte 500 220 913 - www.bial.com - info@bial.com. DIDSAM091030

Bial

ao serviço da sua Saúde

EX/DE/2009/1000

João Eurico Cabral da Fonseca
Director da Unidade de Investigação em Reumatologia do Instituto de Medicina Molecular da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
Reumatologista do Hospital Universitário de Santa Maria.

Artrite Reumatóide:
diagnosticar precocemente com o objectivo de induzir a remissão clínica

A artrite reumatóide (AR) é uma doença inflamatória crónica sistémica com envolvimento preferencialmente articular, sendo o seu diagnóstico fundamentalmente clínico. Embora em Portugal existam poucos estudos epidemiológicos sobre a AR, os dados disponíveis sugerem que esta doença afecte cerca de 0,36% da população[1], com uma idade média de início da doença de 46 anos, sendo 80% dos doentes do sexo feminino[2]. Esta doença é uma das principais causas de incapacidade para o trabalho[3]. Por outro lado, está associada a uma significativa co-morbilidade (principalmente por doenças cardiovasculares, infecções e neoplasias) que contribui para um maior consumo de cuidados de saúde e para uma maior taxa de mortalidade. De facto, os doentes com AR têm uma redução da esperança média de vida de cerca de 10 anos[4].

> Os doentes com AR têm uma redução da esperança média de vida de cerca de 10 anos

A AR sofreu nos últimos anos uma evolução histórica na sua estratégia terapêutica. Um conjunto sólido de evidências sugere que uma terapêutica agressiva e precoce poderá reduzir a incapacidade, morbilidade e mortalidade dos doentes com AR, contribuindo para que a sua terapêutica seja, actualmente, considerada uma "urgência reumatológica"[5]. De facto, a clarificação do papel fundamental na terapêutica da AR do metotrexato (MTX) na dose ideal de 20-25mg/Kg semanal, por via oral, subcutânea ou intramuscular, particularmente quando este fármaco é iniciado precocemente, tem vindo a alterar progressivamente a evolução desta doença. Além disso, nos últimos dez anos, o aparecimento das terapêuticas biotecnológicas, dirigidas contra alvos relativamente específicos da fisiopatologia da AR (como, por exemplo, as terapêuticas inibidoras do factor de necrose tumoral (TNF), da interleucina-1 (IL-1), da IL6, depletoras dos linfócitos B ou bloqueadoras da co-estimulação dos linfócitos T) deram um novo impulso à capacidade de controlar a actividade inflamatória desta doença, sendo neste momento pertinente considerar-se a remissão da doença como o objectivo da terapêutica[6].

Para que seja possível atingir este desiderato é fundamental que o diagnóstico seja feito precocemente e a intervenção terapêutica adequada seja introduzida no momento do diagnóstico. Para isso é fundamental uma rede de cuidados primários de saúde que esteja atenta a esta realidade e uma rede de referenciação de consultas de Reumatologia eficaz. Partindo do pressuposto de que estas variáveis estão garantidas, o papel atento do médico de família é o passo fundamental. E, na verdade, a identificação da AR na sua fase inicial pode não ser fácil. De facto, não existe uma definição exacta desta doença, tendo-se procurado ao longo dos anos elaborar critérios de diagnóstico que melhor delimitem as fronteiras desta entidade nosológica. Os critérios actualmente aceites para a classificação da AR são os do *American College of Rheumatology* (ACR) de 1988[7]. A utilidade destes critérios é, sobretudo, a de uniformizar grupos de doentes em trabalhos de investigação, nomeadamente ensaios clínicos. Estes critérios continuam a apresentar muitas limitações para o diagnóstico precoce da AR e estão neste momento em fase de revisão, prevendo-se a publicação de novos critérios no corrente ano de 2010.

O início da AR é geralmente insidioso (50--65%)[8], podendo decorrer vários meses até ser estabelecido um diagnóstico definitivo, o que é exactamente o que pretendemos actualmente evitar. Com menor frequência (8-15%)[9], pode ter um início agudo (com instalação no espaço de dias ou uma semana, por vezes com febre), o qual coloca problemas de diagnóstico diferencial com vasculites, artrite séptica, endocardite bacteriana sub-aguda, outras doenças difusas do tecido conjuntivo e síndromes paraneoplásicos. Alguns doentes (20%) iniciam a AR de uma forma intermédia às duas apresentações descritas anteriormente, com as queixas a instalarem-se no espaço de semanas.

Como regra devemos suspeitar da existência de uma AR sempre que as artralgias forem essencialmente nocturnas e matinais, existir rigidez matinal superior a 30 minutos e a compressão das metacarpofalângicas for dolorosa. No entanto, o quadro pode aparecer com uma apresentação típica e clara, caracterizado pela presença de dor, tumefacção e rigidez matinal superior a 30 minutos envolvendo preferencialmente, por ordem decrescente de frequência, as 2ª e 3ª metacarpofalângicas, interfalângicas proximais, punhos, metatarsofalângicas, joelhos, ombros, tibiotársicas, cotovelos e coxofemorais. As articulações apresentam, geralmente, uma tumefacção elástica correspondendo à presença de líquido sinovial e expansão da membrana sinovial. A palpação destas articulações é dolorosa e pode existir um ligeiro aumento da temperatura, embora sem hiperémia, associado a edema difuso e a tumefacção do dorso das mãos. O envolvimento articular é classica-

mente simétrico e aditivo, acompanhando-se de limitação progressiva da mobilidade articular e atrofia dos grupos musculares relacionados com as articulações atingidas. Por outro lado, podem surgir sintomas sistémicos (febrícula, emagrecimento, anorexia, astenia, taquicardia e adenopatias) e grande incapacidade funcional.

Há doentes que se desviam desta apresentação convencional da AR. Por exemplo, no idoso, o padrão de início pode simular a polimialgia reumática[10]. Por outro lado, em alguns indivíduos, geralmente do sexo masculino e trabalhadores manuais, a doença caracteriza-se por proliferação sinovial significativa, mas com muito pouca repercussão álgica ou funcional, num quadro clínico por vezes conhecido por artrite robusta[11]. Existem, ainda, casos raros em que o início da AR pode preencher os critérios de diagnóstico da doença de Still do adulto, por apresentar muitos sintomas sistémicos[12]. Por fim, cerca de 1/3 dos doentes com reumatismo palindrómico podem evoluir para AR, embora assumindo um padrão de doença mais benigno[13].

A AR afecta primordialmente as articulações, mas é uma doença sistémica, podendo, por isso, apresentar um envolvimento extra-articular, que por vezes precede os sintomas articulares. As manifestações extra-articulares mais frequentes (7-20%) são os nódulos reumatóides, formações nodulares subcutâneas, localizadas em áreas de pressão, como os cotovelos, articulações dos dedos, proeminências isquiáticas e sagradas, occipitais e tendões de Aquiles. São firmes e frequentemente aderentes ao periósteo subjacente. Os nódulos reumatóides são mais frequentes nos doentes com factores reumatóides (FR) e têm alguma correlação com a gravidade da doença[14]. Outros envolvimentos sistémicos que podem surgir são a fibrose pulmonar, derrame pleural, pericardite, vasculite, miosite e vários tipos de envolvimento do sistema nervoso (na maioria por processos compressivos). De salientar que a queratoconjuntivite seca é muito frequente, enquadrável geralmente numa síndrome de Sjögren secundário (o qual pode afectar 10 a 35% dos doentes).

A AR caracteriza-se, laboratorialmente, por elevação da velocidade de sedimentação (VS) e da proteína C reactiva (PCR), anemia normocrómica e normocítica, trombocitose, número de leucócitos normal ou ligeiramente elevado, mas com contagem diferencial normal e detecção de FR séricos em 60 a 70% dos doentes. Numa percentagem semelhante de doentes, mas podendo surgir mais precocemente e tendo mais especificidade, destacam-se os anticorpos anti-péptidos cíclicos citrulinados (anti-CCP) que são um elemento relevante para a decisão diagnóstica. Nenhuma destas alterações laboratoriais tem valor diagnóstico isoladamente. No entanto, poliartralgias inflamatórias, com VS e/ou PCR elevadas e com FR e/ou anti CCP positivos são uma situação que configura com elevada probabilidade o diagnóstico de AR.

A artrocentese e a biópsia sinovial também não permitem o diagnóstico. O líquido sinovial é geralmente amarelo pálido, ligeiramente turvo, podendo conter agregados de fibrina. A observação microscópica revela 5000 a 25000 células (mas em articulações muito inflamadas as contagens podem ser superiores) com mais de 85% de neutrófilos, frequentemente contendo inclusões citoplasmáticas. A biópsia sinovial contém habitualmente um infiltrado linfoplasmocitário, muitos macrófagos e um aumento do número de camadas celulares na íntima da membrana sinovial.

A imagiologia radiológica convencional é incaracterística numa fase inicial da AR. Na fase inicial outros exames como a ressonância e a ecografia são mais relevantes, para detectar a presença de sinovite em articulações em que clinicamente há dúvidas. Por vezes a radiologia convencional pode também ser útil numa fase inicial da doença[15] mostrando osteopénia periarticular e diminuição concêntrica das entrelinhas articulares e erosões marginais. As primeiras erosões observam-se geralmente na face radial das articulações metacarpofalângicas, envolvendo a região periférica à cartilagem articular, quer ao nível da epífise distal dos metacarpos, quer ao nível da epífise proximal das falanges proximais, na apófise estilóide cubital e na face externa da epífise distal do 5º metatarso. Erosões mais tardias surgem na face interna das epífises distais dos outros metatarsos, na interfalângica do primeiro dedo do pé, na face radial da base do 4º metacarpo, pisiforme, escafóide, trapézio e apófise estilóide do rádio.

A predisposição para o desenvolvimento da AR é multifactorial, existindo argumentos a favor da existência de um mecanismo cumulativo de influências genéticas e ambientais que

> Como regra devemos suspeitar da existência de uma AR sempre que as artralgias forem essencialmente nocturnas e matinais, existir rigidez matinal superior a 30 minutos e a compressão das metacarpofalângicas for dolorosa

determina, num dado indivíduo, o início da doença. Os doentes portugueses com AR têm com mais frequência o HLA DRB1*04 e DRB1*10, mas esta tipagem genética não é justificável do ponto de vista diagnóstico.

Como se discutiu anteriormente, a AR é uma doença sistémica grave, com diminuição da esperança média de vida e com grande impacto funcional e socio-económico para o indivíduo e para a sociedade. Embora a AR seja uma doença crónica, existe neste momento evidência de que a destruição induzida pela inflamação ocorre de uma forma muito precoce e irreversível, sendo fundamental oferecer a estes doentes uma terapêutica correcta, agressiva e precoce.

A terapêutica com MTX, iniciada precocemente, em combinação com uma dose baixa de corticóides (5-10 mg de prednisona) e eventualmente também em combinação com a sulfassalazina (2g/dia) e hidroxicloroquina (400mg/dia), é considerado o *gold standard*[16].

Há outros fármacos imunomoduladores que podem ser também utilizados em doentes que não toleram o MTX, como a leflunamida e a ciclosporina. Nos doentes que não respondem ao MTX, ou aos outros imunomoduladores (no caso de terem contra-indicação ou toxicidade ao MTX), deve ser ponderado o início de terapêutica biotecnológica, em associação idealmente ao MTX. No estado actual do conhecimento, os antagonistas do TNF (adalimumab, etanercept, infliximab e dentro em breve certolizumab e golimumab) são a primeira linha de tratamento biotecnológico. Na falência destes fármacos, o uso de abatacept, rituximab e tocilizumab são opções eficazes. O tocilizumab pode ser iniciado também como primeira linha após falência do MTX. Apesar dos enormes benefícios que as terapêuticas biotecnológicas trouxeram, a utilização destes fármacos está associado a um aumento do risco de infecções bacterianas graves e de reactivação de tuberculose e por este motivo é necessário manter uma vigilância apertada sobre o uso destes fármacos.

> No estado actual do conhecimento, os antagonistas do TNF (adalimumab, etanercept, infliximab e dentro em breve certolizumab e golimumab) são a primeira linha de tratamento biotecnológico

Da análise dos dados revistos, pode-se concluir que, de facto, a AR sofreu nos últimos anos uma evolução histórica na estratégia terapêutica. A compreensão da necessidade de uma terapêutica agressiva e precoce, a clarificação do papel fundamental na AR do MTX (isoladamente ou em associação com outros fármacos) e o aparecimento das terapêuticas biotecnológicas deram um impulso decisivo na capacidade de controlar esta doença. Para que todo este progresso chegue adequadamente aos doentes é necessária a identificação e referenciação precoce dos casos de suspeita clínica de AR, facto que assente claramente numa consciencialização do problema por parte dos médicos de família. Como passo complementar, os Serviços de Reumatologia deverão estar preparados para receber imediatamente estes doentes e, após a clarificação diagnóstica, iniciar prontamente a terapêutica imunomodeladora. Todos os doentes com AR devem ser rigorosamente monitorizados recorrendo a instrumentos específicos de avaliação de actividade clínica e função (DAS28 e HAQ), utilizando o suporte electrónico criado pela Sociedade Portuguesa de Reumatologia (RegistAR) e se iniciarem terapêutica biotecnológica deverão ser integrados num outro suporte electrónico semelhante, a BioRePortAR. Estes mecanismos de controlo optimizam o seguimento clínico e permitem um registo adequado de efeitos adversos, facto fundamental para que se entenda bem o real impacto global do uso dos fármacos de biotecnologia. Uma optimização do diagnóstico precoce, referenciação expedita, terapêutica agressiva e imediata, uso adequado dos fármacos biotecnológicos, monitorização da actividade clínica, vigilância de efeitos adversos e registo de todos os dados em processo clínico electrónico associado a uma bases de dados contribuirão decisivamente para alterar o impacto desta doença sobre o indivíduo e sobre a sociedade. ■

Referências

1 - Matos AA, Branco JC, Canas Silva J, Viana Queiroz M, Pádua F. Inquérito epidemiológico de doenças reumáticas numa amostra da população portuguesa (resultados preliminares). Acta Reuma Port 1991; supl 1: 98.

2 - Fonseca JE, Canhão H, Costa Dias F, Leandro MJ, Resende C, Teixeira da Costa JC, JA Pereira da Silva, M Viana Queiroz. Análise da gravidade da Artrite Reumatóide em doentes Portugueses: Manifestações extra-articulares e classes funcionais. Rev Port Reumatol. 1998; 9: 2356-61.

3 - Yelin E, Callahan LF. The economic, social and psychological impact of musculoskeletal conditions. Arthritis Rheum 1995; 38:1351-62.

4 - Wolfe F, Mitchell DM, Sibley JT et al. The mortality of rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 1994; 37: 481-94.

5 - Krause D, Schleusser B, Herborn G, Rau R. Response to methotrexate treatment is associated with reduced mortality in patients with severe rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 2000; 43: 14-21.

6 - Cruz M, Fonseca JE, Branco JC. Artrite Reumatóide: Paradigma das doenças reumáticas crónicas. Tecnologia Médica. 2002; 2: 2-11.

7 - Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, McShane DJ, Fries JF, Cooper NS et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 1988; 31: 315-24.

8 - Fleming A, Crown JM, Corbett M. Early Rheumatoid Arthritis. 1- Onset. Ann Rheum Dis 1976; 35: 357-60.

9 - Harris DH. Clinical features of Rheumatoid Arthritis. In: Ruddy S, Harris ED, Sledge CB, eds. Kelley's Textbook of Rheumatology. Philadelphia: WB Saunders Company; 2001. p. 967-1000.

10 - Youssef W, Yan A, Russel AS. Palindromic rheumatism. A response to chloroquine. J Rheumatol 1991; 18: 35-7.

11 - De Haas WHD, de Boer W, Griffioen F, Oosten-Elst P. Rheumatoid arhtritis of the robust reaction type. Ann Rheum Dis 1974; 33: 81-5.

12 - Yamaguchi M, Ohta A, Tsunematsu T, Kasukawa R, Mizushima Y, Kashiwagi H et al. Preliminary criteria for classification of adult Still's disease. J Rheumatol 1992; 19: 424-30.

13 - Guerne P-A, Weisman MH. Palindromic Rheumatism: part or apart from the spectrum of rheumatoid arthritis. Am J Med 1992; 16: 451-60.

14 - Wollheim FA. Rheumatoid Arthritis: The clinical picture. In: Maddison PJ, Isenberg DA, Woo P, Glass DN eds. Oxford Textbook of Rheumatology, 2nd edition. Oxford: Oxford University Press; 1998. p. 1004-31.

15 - Brower AC. Rheumatoid Arthritis: Imaging. In: Klippel JH and Dieppe PA, eds. Rheumatology, 2nd edition. London: Mosby; 1998: 5, 5.1-5.8.

16 - O'Dell JR, Scott DL. Rheumatoid arthritis: new developments in the use of existing therapies. Rheumatology 1999; 38 (supp 2): 24-6.

Preotact®

HORMONA PARATIROIDEIA (1-84)

Da Osteoformação à Redução de Fracturas

1210 PRE09 2SAP

Nest

800 50 67 76
Programa de apoio
a doentes com
osteoporose

NYCOMED

Resumo das Características do Medicamento

1. DENOMINAÇÃO DO MEDICAMENTO Preotact 100 microgramas pó e solvente para solução injectável. 2. COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA O Preotact contém hormona paratiroideia produzida por uma estirpe de Escherichia coli modificada por tecnologia de ADN recombinante. O medicamento é fornecido num cartucho de câmara dupla. A primeira câmara contém 1,61 mg de hormona paratiroideia. Cada dose de 71,4 microlitros contém 100 microgramas de hormona paratiroideia. Cada cartucho contém 14 doses. A segunda câmara contém solvente estéril para reconstituição. Lista completa de excipientes, ver secção 6.1. 3. FORMA FARMACÊUTICA Pó e solvente para solução injectável. Pó branco a esbranquiçado e solvente transparente incolor. 4. INFORMAÇÕES CLÍNICAS 4.1 Indicações terapêuticas Tratamento da osteoporose em mulheres pós-menopáusicas com elevado risco de fracturas (ver secção 5.1). Demonstrou-se haver uma redução significativa da incidência de fracturas vertebrais, mas não da anca. 4.2 Posologia e modo de administração A dose recomendada é de 100 microgramas de hormona paratiroideia, administrada uma vez ao dia em injecção subcutânea no abdómen. Os doentes devem ser ensinados a utilizar técnicas adequadas de injecção (ver secção 6.6). Juntamente com a caneta Preotact, existe um manual do utilizador para ensinar os doentes a utilizar correctamente a caneta. A caneta não está incluída nas embalagens com os cartuchos. Os doentes devem tomar suplementos de cálcio e de vitamina D caso a ingestão na dieta seja insuficiente. Os dados suportam um tratamento contínuo com Preotact até 24 meses (ver secção 4.4). Após tratamento com Preotact, os doentes podem ser tratados com um bisfosfonato para aumento adicional da densidade mineral óssea (ver secção 5.1). 3 Populações específicas Insuficiência renal Não é necessário um ajuste de dose em doentes com insuficiência renal ligeira a moderada (depuração da creatinina de 30 a 80 ml/min). Não existem dados disponíveis para doentes com insuficiência renal grave. Por esta razão, o Preotact não deve ser utilizado em doentes com insuficiência renal grave (ver secção 4.3). Insuficiência hepática Não é necessário um ajuste de dose em doentes com insuficiência hepática ligeira ou moderada (score total de 7 a 9 na escala de Child-Pugh). Não existem dados disponíveis para doentes com insuficiência hepática grave. Por esta razão, o Preotact não deve ser utilizado em doentes com insuficiência hepática grave (ver secção 4.3). Crianças e adolescentes A segurança e eficácia do Preotact não foram estudadas em doentes com menos de 18 anos de idade. O Preotact não deve ser utili-zado em doentes pediátricos nem em adultos jovens. Idosos Não é necessário um ajuste de dose com base na idade (ver secção 5.2). 4.3 Contra-indicações O Preotact está contra-indicado em doentes com hipersensibilidade à hormona paratiroideia ou a qualquer um dos excipientes (ver secção 6.1), que tenham previamente sido sujeitos a radioterapia óssea, com hipercalcemia pré-existente e outros distúrbios do metabolismo fosfo-cálcico, com doenças ósseas metabólicas para além da osteoporose primária (incluindo hiperparatiroidismo e doença de Paget dos ossos), com aumentos inexplicados da fosfatase alcalina específica dos ossos, com insuficiência renal grave, com insuficiência hepática grave. 4.4 Advertências e precauções especiais de utilização Os doentes que iniciam a terapêutica com Preotact devem ser monitorizados aos meses 1, 3 e 6 para detecção de níveis elevados de cálcio sérico e/ou urinário. A monitorização para além dos 6 meses não está recomendada em doentes cujo cálcio sérico total esteja dentro dos limites normais aos 6 meses. Foi observado um aumento do cálcio sérico durante o tratamento com Preotact. As concentrações séricas de cálcio atingem um máximo entre as 6 e as 8 horas após a administração da dose e voltam aos valores basais às 20 a 24 horas após cada administração de hormona paratiroideia. Por esta razão, caso sejam colhidas amostras de sangue aos doentes para monitorização dos níveis de cálcio, tal deve ser realizado pelo menos 20 horas após a última injecção. Tratamento de níveis séricos de cálcio elevados Os doentes com cálcio sérico elevado persistente (acima do limite superior normal) devem ser avaliados quanto a doenças subjacentes (por ex. hiperparatiroidismo). Caso não se encontre qualquer condição subjacente, devem ser seguidos os seguintes procedimentos de controlo: Os suplementos de cálcio e de vitamina D devem ser retirados. A frequência da posologia do Preotact deve ser alterada para 100 microgramas dia sim, dia não. Caso se mantenham os níveis elevados, deve-se interromper a terapêutica com Preotact e o doente deve ser monitorizado até que os valores alterados voltem ao normal Doentes com hipercalcemia e/ou hipercalciúria pré-existente 4 O Preotact foi estudado em doentes com hipercalcemia e/ou hipercalciúria pré-existente. Nestes doentes, a probalilidade do tratamento com Preotact de exacerbar a hipercalcemia e/ou hipercalciúria subjacente foi maior. O Preotact não foi estudado em doentes com urolitíase activa. O Preotact deve ser utilizado com precaução em doentes com urolitíase activa ou prévia. Deve-se ter precaução com doentes sob terapêutica com glicosídeos cardíacos (ver secção 4.5). Estudos em ratos indicam uma incidência aumentada de osteosarcoma com a administração prolongada de Preotact (ver secção 5.3). A ocorrência de osteosarcoma apenas ocorreu com doses que originavam exposições sistémicas mais de 27 vezes superiores às observadas no ser humano com a dose de 100 microgramas. Até que estejam disponíveis mais dados clínicos, o período de tratamento recomendado de 24 meses não deve ser ultrapassado. O Preotact contém meta-cresol o qual pode causar reacções alérgicas. Este medicamento contém menos de 1 mmol de sódio (23 mg) por dose. 4.5 Interacções medicamentosas e outras formas de interacção A hormona paratiroideia é um péptido natural que não é metabolizado pelas enzimas microssomáticas hepáticas metabolizadoras de fármacos (por ex. isoenzimas do citocromo P450) e também não as inibe. Além disso, a hormona paratiroideia não se liga às proteínas e possui um reduzido volume de distribuição. Por esta razão, não se espera uma interacção com outros medicamentos e não foram realizados estudos específicos de interacção medicamentosa. Não foi identificado um potencial para interacção medicamentosa no programa clínico. Quando se avaliou o endpoint da densidade mineral óssea, a associação da hormona paratiroideia com o alendronato não evidenciou qualquer vantagem relativamente à administração isolada de qualquer um dos tratamentos. (ver secção 5.1). A partir do conhecimento do mecanismo de acção, a utilização concomitante de Preotact e glicosídeos cardíacos pode predispor os doentes a toxicidade digitálica caso ocorra hipercalcemia. 4.6 Gravidez e aleitamento Não estão disponíveis dados sobre a utili-zação de hormona paratiroideia durante a gravidez e o aleitamento. Os estudos de toxicidade reprodutiva em animais são incompletos (ver secção 5.3). A hormona paratiroideia não deve ser utilizada durante a gravidez nem o aleitamento. 4.7 Efeitos sobre a capacidade de conduzir e utilizar máquinas Não foram estudados os efeitos sobre a capacidade de conduzir e utilizar máquinas. Dado terem sido descritos alguns episódios de tontura em doentes tratadas com Preotact, as doentes devem abster-se de conduzir ou de utilizar máquinas até que os sintomas tenham desaparecido. 4.8 Efeitos indesejáveis Os seguintes dados de reacções adversas (RAM) baseiam-se em dois ensaios controlados com placebo que envolveram 2642 mulheres pós-menopáusicas osteoporóticas, das quais 1341 receberam hormona paratiroideia. Cerca de 71,4 % das doentes tratadas com hormona paratiroideia notificaram pelo menos uma RAM. A hipercalcemia e/ou hipercalciúria reflectem as acções farmacodinâmicas conhecidas da hormona paratiroideia sobre o tracto gastrointestinal, os rins e os ossos. Foi notificada hipercalcemia em 25,35 das doentes e hipercalciúria em 39,3 % das doentes tratadas com Preotact. A hipercalcemia foi transitória e foi notificada com mais frequência nos 3 primeiros meses de tratamento. Foi controlada durante o programa clínico através da monitorização dos valores laboratoriais e da utilização de um algoritmo de controlo pré-especificado (ver secções 4.3, 4.4 e 5.1). A outra RAM notificada com muita frequência foi náuseas. A tabela seguinte mostra de forma geral as RAMs cuja incidência é, pelo menos, 0,5 % superior no grupo que recebeu hormona paratiroideia em comparação com o placebo. São utilizadas as seguintes categorias para classificar os efeitos indesejáveis por frequência de ocorrência: muito frequentes (>1/10); frequentes (> 1/100 e <1/10); pouco frequentes (> 1/1000 e <1/100); raros (> 1/10.000 e <1/1000); e muito raros (<1/10.000), incluindo comunicações isoladas. O Preotact aumenta as concentrações séricas de ácido úrico. De todos os indivíduos que receberam 100 microgramas de hormona paratiroideia, foi notificado aumento do ácido úrico no sangue em 8 indivíduos (0,6 %) e hiperuricémia em 5 indivíduos (0,4 %). Apesar de ter sido notificado gota, artralgia e nefrolitíase como RAMs, a relação entre o aumento do ácido úrico e a administração de Preotact não foi completamente estabelecida. Anticorpos contra a hormona paratiroideia Num grande ensaio clínico de fase III, foram detectados anticorpos contra a hormona paratiroideia em 3 % das mulheres tratadas com Preotact em comparação com 0,2 % das que receberam o placebo. Nestas mulheres com título positivo, não houve evidência de reacções de hipersensibilidade, reacções alérgicas, efeitos sobre a resposta da densidade mineral óssea, nem efeitos sobre o cálcio sérico. 4.9 Sobredosagem Sinais e sintomas No programa clínico do Preotact, foi notificada sobredosagem acidental em 17 indivíduos. O Preotact foi administrado em doses únicas até 5 microgramas/kg e em doses repetidas até 3 microgramas/kg/dia durante 3 dias e até 2,5 microgramas/kg/dia durante 7 dias. Os efeitos de uma sobredosagem que se podem esperar incluem hipercalcemia retardada, náuseas, vómitos, tonturas e cefaleias. Tratamento da sobredosagem Não existe um antídoto específico para o Preotact. O tratamento de uma sobredosagem suspeita deve incluir uma descontinuação temporária do Preotact, monitorização do cálcio sérico e implementação de medidas apropriadas de suporte, tais como hidratação. Devido à relativamente curta duração da acção farmacológica do Preotact, não devem ser necessárias medidas adicionais. 5. PROPRIEDADES FARMACOLÓGICAS7 5.1 Propriedades farmacodinâmicas Grupo farmacoterapêutico: hormonas da paratiroide, código ATC: H05 AA03 Mecanismo de acção O Preotact contém hormona paratiroideia humana recombinante que é idêntica ao polipéptido fisiológico de 84 aminoácidos de comprimento. As acções fisiológicas da hormona paratiroideia incluem a estimulação da formação óssea através de efeitos directos sobre as células formadoras dos ossos (osteoblastos), aumento indirecto da absorção intestinal de cálcio e aumento da reabsorção tubular de cálcio e da excreção de fosfato pelos rins. Efeitos farmacodinâmicos Os efeitos da hormona paratiroideia sobre os ossos dependem do padrão de exposição sistémica. Os aumentos transitórios dos níveis de hormona paratiroideia após injecção subcutânea de Preotact estimulam a formação de osso novo nas superfícies trabeculares e corticais (periosteais e/ou endosteais) dos ossos através de uma estimulação preferencial da actividade osteoblástica sobre a actividade osteoclástica. Efeitos sobre as concentrações séricas de cálcio A hormona paratiroideia é o principal regulador da homeostase sérica de cálcio. Em resposta às doses subcutâneas de Preotact (100 microgramas de hormona paratiroideia), os níveis séricos de cálcio total aumentam gradualmente e atingem a concentração máxima (aumento médio em 129 doentes, 0,15 mmol/l) cerca das 6 a 8 horas após a administração. No geral, os níveis séricos de cálcio voltam aos valores basais às 24 horas após a administração. Com base em dois ensaios controlados com placebo que envolveram 2642 mulheres pós-menopáusicas osteoporóticas foi notificada hipercalcemia em 25,3 % das doentes tratadas com Preotact em comparação com 4,3 % das doentes tratadas com placebo. A hipercalcemia foi transitória e foi notificada com mais frequência nos 3 primeiros meses de tratamento. Foi controlada durante o programa clínico através da monitorização dos valores laboratoriais e da utilização de um algoritmo de controlo pré-especificado. (ver secções 4.3 e 4.4). Eficácia clínica Efeito sobre a incidência de fracturas O estudo piloto foi um estudo de fase III (TOP) de 18 meses, em dupla ocultação e controlado com placebo sobre o efeito do Preotact sobre a incidência de fracturas em mulheres pós-menopáusicas osteoporóticas. Um total de 2532 doentes (1286 Preotact e 1246 placebo), com idades compreendidas entre os 45 e os 94 anos (8,1 % entre os 45-54 e 11,4 % > 75 anos) foi aleatorizado de forma a receber 100 microgramas/dia ou placebo com suplementos diários de cálcio (700 mg) e de vitamina D (400 UI). No geral, cerca de 19 % dos indivíduos em cada grupo de tratamento apresentavam pelo menos 1 fractura vertebral prevalente na baseline. O score T lombar médio basal foi de cerca de -3,0 em cada grupo de tratamento. Das 2532 doentes aleatorizadas com intenção de tratar (ITT), um total de 59 tinha tido pelo menos uma nova fractura vertebral, placebo: 42 (3,37 %) – Preotact: 17 (1,32 %), p=0,001. As doentes no grupo de tratamento com Preotact tiveram uma redução relativa do risco de novas fracturas vertebrais de 61% ao mês 18 quando comparadas com as doentes do grupo de placebo. De forma a prevenir uma ou mais novas fracturas vertebrais, 48 mulheres tiveram que ser tratadas durante um período mediano de 18 meses na população geral. No caso de doentes com fracturas pré-existentes, o número necessário tratar (NNT) é de 21 doentes. 8 Não houve uma diferença significativa entre os grupos de tratamento na incidência de quaisquer fracturas clínicas não-vertebrais: 5,52 % para o Preotact vs. 5,86 % para o placebo. A redução de fracturas mais relevante foi observada nas doentes com elevado risco de fracturas, tal como as doentes com fracturas prévias e doentes com um score T de espinal-medula < -3. Relativamente poucas doentes pós-menopáusicas há menos de 5 anos e com idades entre 45-54 anos foram incluídas no ensaio de fase III (2-3 %). Os resultados destas doentes não foram diferentes dos resultados do ensaio no geral. Efeito sobre a densidade mineral óssea (DMO) No ensaio piloto, o Preotact aumentou a DMO na espinal-medula em 6,5 % após 18 meses de tratamento em comparação com -0,3 % com o placebo (p<0,001). Foram observados aumentos

significativos da DMO na anca (total, colo do fémur, trocânter) no endpoint do estudo; 1,0, 1,8 e 1,0 %, respectivamente, com o Preotact versus -1,1, -0,7 e -0,6 % com o placebo (p<0,001). A continuação do tratamento até aos 24 meses numa extensão deste estudo sem ocultação resultou numa continuação do aumento da DMO. O aumento da DMO da espinal-medula e do colo do fémur em relação ao valor basal foi de 6,8 % e de 2,2 %, respectivamente, em doentes tratadas com Preotact. Os efeitos do Preotact sobre a arquitectura óssea foram avaliados através de tomografia computorizada quantitativa (TCQ) e TCQ periférica. A DMO trabecular volumétrica da espinalmedula aumentou 38 % em relação ao valor basal aos 18 meses. De igual forma, a DMO trabecular volumétrica na anca total aumentou 4,7 %. Ocorreram aumentos similares no colo do fémur, trocânter e região intertrocanteriana. O tratamento com Preotact reduziu a DMO cortical volumétrica (medida no rádio distal e no eixo médio da tíbia), enquanto que a circunferência periosteal ou os índices de força óssea cortical se mantiveram. No ensaio de 24 meses de terapêutica combinada com alendronato (PaTH), os efeitos do Preotact sobre a arquitectura óssea foram também avaliados através de TCQ. A DMO trabecular volumétrica na espinal-medula aumentou 26, 13 e 11 % (Preotact, Preotact e alendronato e alendronato, respectivamente) em relação ao valor basal aos 12 meses. De igual forma, a DMO trabecular volumétrica na anca total aumentou 9, 6 e 2 %, respectivamente, nos 3 grupos. Tratamento da osteoporose com terapêutica combinada e sequencial O estudo PaTH foi promovido pelo NIH, aleatorizado, controlado com placebo, com duração de 2 anos, multicêntrico e em dupla ocultação com Preotact e alendronato em monoterapia e em associação para o tratamento da osteoporose pós-menopáusica. Os critérios de inclusão foram mulheres entre os 55 e os 85 anos de idade com score T de DMO inferiores a -2,5 ou inferiores a -2 e pelo menos um factor de risco adicional para fracturas. Todas as mulheres receberam suplementos de cálcio (400-500 mg) e de vitamina D (400 UI). Um total de 238 mulheres pós-menopáusicas, foi distribuído aleatoriamente por um dos seguintes grupos de tratamento: Preotact (100 microgramas de hormona paratiroideia), alendronato (10 mg) ou uma associação de ambos e foi seguido durante 12 meses. No segundo ano do estudo, as mulheres do grupo original de Preotact foram distribuídas aleatoriamente de forma a receberem alendronato ou placebo e as mulheres dos outros dois grupos receberam alendronato. Na baseline, um total de 165 mulheres (69 %) apresentava um score T inferior a –2,5 e 112 (47 %) notificaram pelo menos uma fractura após a menopausa. Um ano de terapêutica apresentou os seguintes resultados: Os aumentos da DMO da espinal-medula acima do valor basal foram idênticos nos grupos de Preotact e de terapêutica combinada (6,3 e 6,1 %, respectivamente), mas de alguma forma inferiores no grupo do alendronato (4,6 %). Os aumentos da DMO na anca total foram de 0,3, 1,9 e 3,0 % nos 3 grupos, respectivamente.9 No final do ano 2 (12 meses após descontinuação do Preotact), houve um aumento médio de 12,1 % da DMO espinal medida por absorciometria de raios-X de dupla energia (DXA) nas doentes que receberam alendronato durante o segundo ano. Nas doentes que receberam placebo durante o segundo ano, a percentagem média de aumento foi de 4,1 % em comparação com o valor basal, mas diminuiu ligeiramente em comparação com o final dos 12 meses de tratamento com Preotact. Quanto à alteração média da DMO da anca, houve um aumento de 4,5 % em relação ao valor basal com um ano de alendronato em comparação com uma diminuição de 0,1 % após um ano de placebo. O Preotact em associação com a terapêutica hormonal de substituição (THS) em 180 mulheres pós-menopáusicas demonstrou aumentar significativamente a DMO da espinal-medula aos 12 meses em comparação com a THS isolada (7,1 % vs. 1,1 %, p<0,001). A associação foi eficaz, independentemente da idade, taxa de turnover ósseo ou DMO basais. 5.2 Propriedades farmacocinéticas Absorção A administração subcutânea de 100 microgramas de hormona paratiroideia no abdómen origina um aumento rápido dos níveis plasmáticos de hormona paratiroideia e atinge um pico às 1 a 2 horas após a dosagem. A semi-vida média é de cerca de 1,5 horas. A biodisponibilidade absoluta de 100 microgramas de hormona paratiroideia após administração subcutânea no abdómen é de 55 %. Distribuição O volume de distribuição no equilíbrio após administração intravenosa é de cerca de 5,4 l. A variabilidade interindividual do volume de distribuição da hormona paratiroideia é de cerca de 40 %. Biotransformação A hormona paratiroideia é eficazmente removida do sangue através de um processo mediado por receptores no fígado e é clivada em fragmentos peptídicos mais pequenos. Os fragmentos derivados dos terminais amino são posteriormente degradados dentro da célula enquanto que os fragmentos derivados dos terminais carboxi são libertados de novo no sangue e eliminados pelos rins. Julga-se que estes fragmentos dos terminais carboxi actuam sobre a regulação da actividade da hormona paratiroideia. Sob condições fisiológicas normais, a hormona paratiroideia completa (1-84) constitui apenas 5-30 % das formas circulantes da molécula, enquanto que 70-95 % se encontra presente sob a forma de fragmentos dos terminais carboxi.Após administração subcutânea de Preotact, os fragmentos terminais-C totalizam cerca de 60-90 % das formas circulantes da molécula. A depu-ração sistémica da hormona paratiroideia (45,3 l/hora) após administração intravenosa é próxima da do fluxo plasmático normal no fígado e é consistente com um metabolismo hepático extenso da substância activa. A variabilidade interindividual da depuração sisté-mica é de cerca de 15 %. Eliminação A hormona paratiroideia é metabolizada no fígado e em menor extensão nos rins. A hormona para-tiroideia não é excretada do organismo na forma intacta. Os fragmentos circulantes dos terminais carboxi são filtrados pelos rins, mas são posteriormente quebrados em fragmentos ainda mais pequenos durante a reabsorção tubular. Insuficiência hepática Verificou-se um aumento moderado, de cerca de 20 %, na média dos valores basais da exposição corrigida (AUC) à hormona paratiroideia num ensaio realizado em 6 homens e 6 mulheres com insuficiência hepática moderada quando comparados com um grupo de 12 indivíduos com função hepática normal. Não foram realizados estudos em doentes com insuficiência hepática grave. Insuficiência renal10 A exposição global e Cmax da hormona paratiroideia aumentaram ligeiramente (22 % e 56 %, respectivamente) num grupo de 8 indivíduos do sexo masculino e 8 do sexo feminino com insuficiência renal ligeira a moderada (depuração da creatinina de 30 a 80 ml/min) quando comparadas com um grupo de 16 indivíduos com função renal normal. A farmacocinética da hormona paratiroideia em doentes com insuficiência renal grave (depuração da creatinina inferior a 30 ml/min) não foi investigada. Idosos Não foram detectadas diferenças na farma-cocinética do Preotact relacionadas com a idade (intervalo de 47-88 anos). Não é necessário ajuste de dose com base na idade. Sexo O medicamento apenas foi estudado em mulheres pós-menopáusicas. 5.3 Dados de segurança pré-clínica Os dados pré-clínicos não revelam riscos especiais para o ser humano, segundo estudos convencionais de farmacologia de segurança, mutagenicidade, toxicidade reprodutiva e tolerância local. Em macacos que receberam doses subcutâneas diárias durante 6 meses, houve um aumento da ocorrência de mineralização tubular renal a níveis de exposição inferiores aos níveis de exposição clínica. Ratos tratados com injecções diárias durante practicamente toda a vida apresentaram uma formação óssea exagerada dependente da dose e uma incidência aumentada de tumores ósseos, incluindo osteosarcoma, muito provavelmente devido a um mecanismo epigenético. Devido às diferenças da fisiologia óssea entre ratos e o ser humano, a relevância clínica destes resultados é provavelmente menor. Não foram observados osteosarcomas em ensaios clínicos. Não existem estudos sobre a toxicidade fetal, de desenvolvimento, perinatal ou pós-natal. Não se sabe se a hormona paratiroideia humana recombinante é excretada no leite de animais a amamentar. 6. INFORMAÇÕES FARMACÊUTICAS 6.1. Lista dos excipientes Pó Manitol, Ácido cítrico mono-hidratado, Cloreto de sódio, Ácido clorídrico diluído (para ajuste do pH), Hidróxido de sódio 1N (para ajuste do pH) Solvente Meta-cresol, Água para preparações injectáveis 6.2 Incompatibilidades Não aplicável. 6.3 Prazo de validade Pó: 30 meses11 Solução reconstituída: foi demonstrada uma estabilidade química e física de 28 dias a 2-8°C durante a utilização. Durante o período de 28 dias, a solução reconstituída pode ser conservada até 7 dias a temperaturas inferiores a 25°C. 6.4 Precauções especiais de conservação Não conservar acima de 25°C. Não congelar. Conservar o cartucho dentro da embalagem exterior para proteger da luz. Solução reconstituída: Conservar no frigorífico (2-8°C). Não congelar. Uma vez reconstituído, o cartucho pode ser conservado fora do frigorífico a temperaturas inferiores a 25°C durante 7 dias dentro do período de utilização de 28 dias (ver secção 6.3). 6.5 Natureza e conteúdo do recipiente O sistema de fecho do recipiente é composto por um cartucho de câmara dupla, uma rolha central, um fecho não roscado (contendo um selo de borracha) que sela a primeira câmara que contém o pó liofilizado e uma rolha final que sela a segunda câmara que contém o solvente para a reconstituição. Cartucho: O vidro do cartucho de câmara dupla é do Tipo I Rolha (central e final): A rolha é de borracha de bromobutilo cinzento. Fecho não roscado (contendo um selo de borracha). O fecho não roscado é de alumínio e o selo de borracha é de borracha de bromobutilo. Cada cartucho de câmara dupla contém 1,61 mg de hormona paratiroideia e 1,13 ml de solvente (14 doses). O Preotact encontra-se disponível em embalagens de 2 e 6 cartuchos. É possível que não sejam comercializadas todas as apresentações. A caneta Preotact e as agulhas não estão incluídas. 6.6 Precauções especiais de eliminação O Preotact é injectado com a caneta reutilizável, caneta Preotact. O conteúdo do cartucho de câmara dupla é reconstituído na caneta Preotact. Após a recons-tituição, o líquido deve ser límpido e incolor. NÃO AGITAR; a agitação pode causar a desnaturação da substância activa. Caso a solução reconstituída se encontre turva, com cor ou contenha partículas, o cartucho deve ser retirado da caneta Preotact, devendo ser inserido um novo cartucho. Os produtos não utilizados ou os resíduos devem ser eliminados de acordo com as exigências locais. 7. TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO Nycomed Danmark ApS, Langebjerg 1, DK-4000 Roskilde, Dinamarca12 8. NÚMERO(S) DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO EU/1/06/339/001-002 9. DATA DA PRIMEIRA AUTORIZAÇÃO/RENOVAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO 24.04.2006 10. DATA DA REVISÃO DO TEXTO. Medicamento sujeito a receita médica. Para mais informações deverá contactar o titular da AIM. Regime de comparticipação: Escalão B.

Classe de sistema orgânico	PTH N=1,341 (%)
Infecções e infestações	
Pouco frequentes	
Gripe	0,5
Doenças do metabolismo e da nutrição	
Muito frequentes	
Hipercalcemia	25,3
Frequentes	
Aumento dos níveis de cálcio no sangue	3,1
Pouco frequentes	
Aumento dos níveis de fosfatase alcalina no sangue	0,8
Anorexia	0,6
Aumento dos níveis de ácido úrico no sangue	0,6
Doenças do sistema nervoso	
Frequentes	
Dores de cabeça	9,3
Enjoos	3,9
Pouco frequentes	
Disgeusia	0,8
Parosmia	0,7
Cardiopatias	
Frequentes	
Palpitações	1,0
Doenças gastrointestinais	
Muito frequentes	
Náuseas	13,5
Frequentes	
Vómitos	2,5
Obstipação	1,8
Dispepsia	1,3
Diarreia	1,0
Pouco frequentes	
Dor abdominal	0,8
Afecções musculoesqueléticas e dos tecidos conjuntivos	
Frequentes	
Cãibras musculares	1,1
Dor nas extremidades	1,1
Dor lombar	1,0
Doenças renais e urinárias	
Muito frequentes	
Hipercalciúria	39,3
Frequentes	
Aumento do rácio cálcio/creatinina na urina	2,9
Aumento do cálcio na urina	
Perturbações gerais e alterações no local de administração	
Frequentes	
Eritema no local da injecção	2,6
Fadiga	1,8
Astenia	1,2
Pouco frequentes	
Irritação na zona de injecção	0,9

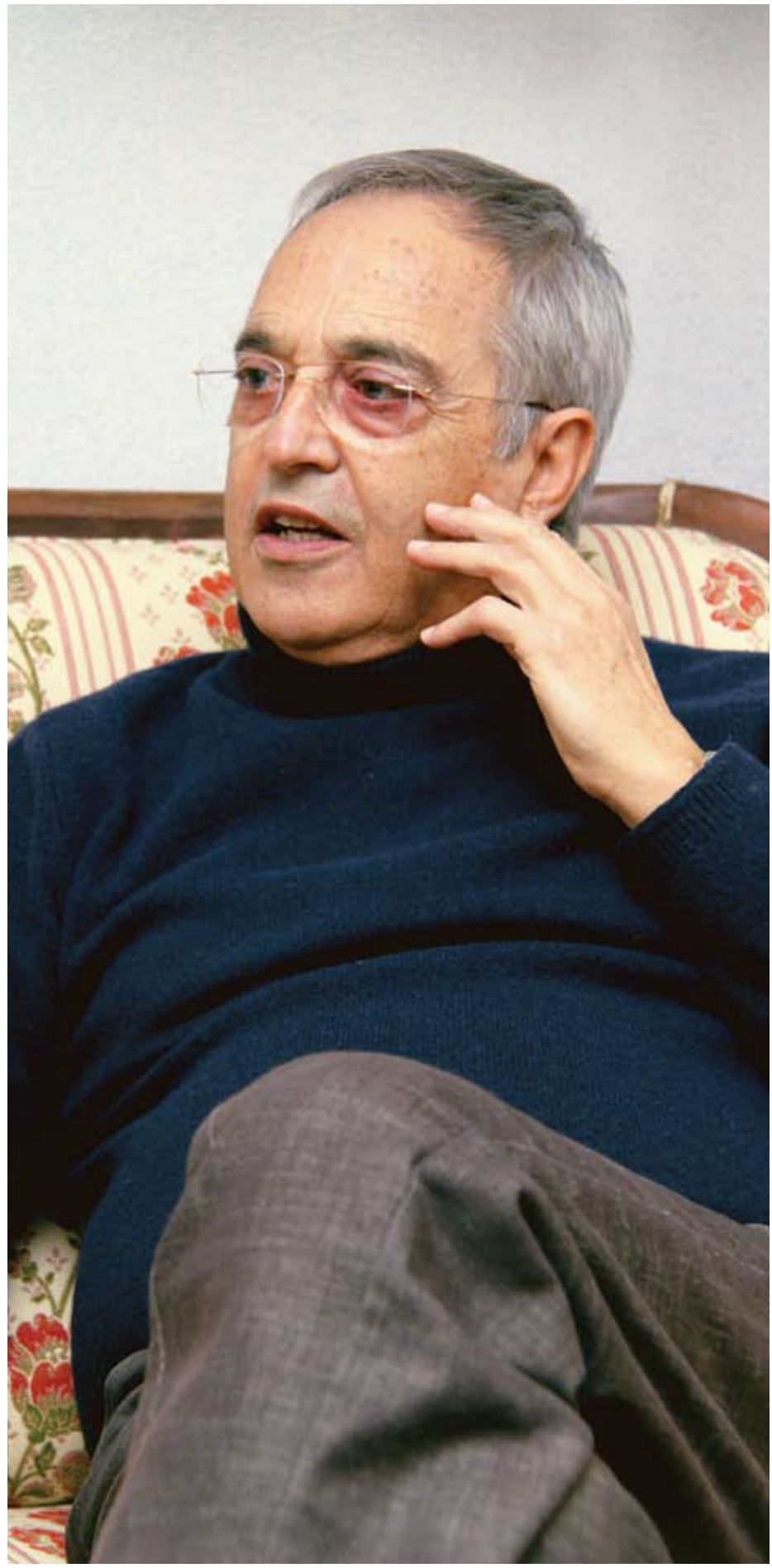
Preotact®

Da Osteoformação à Redução de Fracturas

À conversa com…

Licínio Poças

Tem um grande sentido de humor. A idade, 73 anos, não o impede de dar umas voltas na sua *Triumph Boneville Sixty*, um modelo de motas inglês emblemático, e ainda conserva o seu Citroën 2 CV da sua juventude… Licínio Poças afeiçoa-se de tal forma às coisas, que não vende os quadros que pinta, tendo a maior parte na sua própria casa



O que começou por ser uma conversa sobre o seu passatempo preferido, a pintura, acabou por tropeçar noutros aspectos da vida privada, que tornaram uma tarde na sua casa do Porto muito mais surpreendente. Licínio Poças é reumatologista e director clínico das Termas de Monfortinho, mas o que o define tão-pouco acaba aqui.

À primeira vista, a sua casa é a exposição permanente dos seus quadros e de muitos objectos simbólicos…
A minha casa está cheia de símbolos. É a minha própria história, é o fruto da minha vida. Além dos meus quadros, que não os vendo – vou oferecendo alguns a familiares e amigos –, gosto sempre de trazer uma peça de artesanato dos países que visito, um presépio local…

Gosta de viajar?
Adoro viajar comodamente e bem instalado. Tenho uma inveja terrível de quem se aventura pela Índia, pelo Vietname ou pelo Egipto… É algo tão arriscado, temos de ter mil cuidados.

Actualmente, com a tecnologia, consigo admirar a arte e conhecer os hábitos desses locais, comodamente em casa, através da televisão ou da internet…

Mas gosta de viajar de mota…Não é contraditório?
Isso é outra coisa… *(risos)*

Então?
Ando de mota pela libertação. Tenho uma Triumph Boneville Sixty, uma grande marca de motas inglesa. O meu modelo, embora actual, é inspirado nos anos 60. Sabe… A primeira vez que peguei numa mota foi um dos dias felizes que tive na minha vida. Comecei com uma Lambretta, depois comprei uma mota, a seguir um Fiat 600, depois um Citroën 2 CV, que ainda tenho, há trinta e tal anos…

Ainda conserva um Citroën 2 CV?
Afeiçoo-me muito aos objectos. O Citroën 2 CV é das tais coisas… O meu é verde militar e fui eu que o pintei. Quanto à mota, é uma grande paixão, uma opção solitária que se mantém desde a juventude. Além disso, é um meio de transporte que permite grande fluidez de trânsito, muita liberdade e rapidez de mobilização, e uma condução apaixonante. Como paixão que é, sente-se e vive-se, não se define. Em 15 minutos, ponho-me de mota na praia. É uma sensação de liberdade extraordinária. E já nem falo do prazer da condução. Não tenho medo, considero até a mota o meio de transporte mais seguro, só exige um bom condutor. Sou um *motard*, não um motoqueiro. Um *motard* desfruta da mota… com prazer. Um motoqueiro passa por nós a 300 km/hora.Vou ao Gerês de mota, vou à praia de mota… Vou, por exemplo, com amigos ou os meus filhos de mota a Melgaço comer um cozido à portuguesa. Gosto de comer bem, não gosto de comer muito. Ainda vivo para comer. Felizmente, ainda não entrei na fase de comer para viver.

> **Gosto da pintura por ser um acto solitário e por ser a mais simples de todas as artes**

Gosta de motas por ser um acto solitário. Também foi pelo carácter solitário que decidiu dedicar-se à pintura?
Gosto da pintura por ser um acto solitário e por ser a mais simples de todas as artes, sem dúvida. O pintor apaga, repinta e apaga (é por isso que pinto com tintas acrílicas). Não encontro mais arte onde isso possa acontecer. O pintor pode fazer tudo sozinho.

Considera a pintura mesmo a mais simples de todas as expressões artísticas?
A pintura é, de todas, a mais exequível e, para mim, é a única que pode ser conseguida em trabalho solitário. Além disso, um erro na pintura é facilmente corrigido. A música, a escultura, o canto, o teatro são artes onde um erro é muito problemático, podendo afectar terceiros.

Embora tenha frequentado alguns cursos teóricos na Fundação Serralves, sou, na prática, totalmente *naif* – não tenho escola nem sigo um estilo próprio. Pinto por prazer e descompressão. Considero-me, por isso, um artesão e não um artista. Talvez por isso, sabe, não aceitar esta entrevista até poderia ser sensato porque eu próprio não reconheço mérito artístico na honra que me é dada. No entanto, aceitei porque acho que esta rubrica é interessante e inovadora, permitindo que os reumatologistas se conheçam melhor, para além da sua bagagem científica. Por muito pequeno que seja o nosso jardim, convém deixar espaço para as flores silvestres.

Em jeito de exposição

Porto Sentido

Neste quadro, tentei colocar todos os monumentos da cidade do Porto neste plano. O único elemento a branco é a ponte D. Luís.

Conselho de Administração

Há uns anos, o meu filho ofereceu-me uma reprodução em madeira de A Última Ceia, *de Leonardo Da Vinci. Levei-a para a minha casa no Gerês, na barragem da Caniçada, e pus-me a olhar para esta gente… Reparei que os apóstolos, à esquerda, estavam todos a protestar, e os da direita numa atitude expectante. Ao olhar bem para a reprodução, não tenho dúvida de que é uma mulher a figura imediatamente à esquerda de Cristo. Transpus mentalmente esse cenário para a actualidade e reflecti sobre como seria essa reunião hoje. Foi assim que surgiu o "Conselho de Administração". Os apóstolos estão vestidos com roupagem actual, os da esquerda de modo informal e algo vadio, e os da direita com vestuário clássico. Estão também papéis, canetas e telemóveis. Assumo o atrevimento e a irreverência, mas são atributos importantes na criação artística.*

Termas de Monfortinho

Esta fase consiste em recolher as pedras, colá-las – um trabalho de muita paciência – e depois pintá-las. Também pinto pedras avulsas.

Prazeres de Licínio Poças

- Gosta de comer bem. Vive para comer.
- A mota é uma das suas paixões. Tem uma Triumph Boneville Sixty, um modelo vintage inglês.
- Adora viajar comodamente e bem instalado.
- Ainda tem o seu Citroën 2 CV, que comprou há mais de trinta anos. Pintou-o, ele próprio, de verde militar.
- Gosta de música clássica e de *jazz* de Nova Orleães. É frequentador assíduo de Serralves e da Casa da Música.
- A Natureza é a sua grande inspiração.
- A sua casa no Gerês constitui o seu refúgio artístico.
- *A Última Ceia*, de Leonardo da Vinci, é o seu quadro de referência. A partir dele, criou uma das suas pinturas mais controversas, Conselho de Administração.

> **Assumo o atrevimento e a irreverência, mas são atributos importantes na criação artística**

Onde costuma pintar?
Nos tempos livres, quando estou na minha casa no Gerês, na barragem da Caniçada, ou em Monfortinho, que tem o belíssimo rio Erges. No Verão seca totalmente e deixa à mostra pedras lindíssimas, que recolho e utilizo nas minhas pinturas.

Os seus quadros apresentam temáticas muito diversificadas… O que o faz dizer "gostaria de pintar isto"?
Pinto sobre temas muito diferentes, o que até me consola. A Natureza inspira-me muito. Gosto de pintar paisagens das Termas de Monfortinho, onde colo na tela pedras que recolho do rio, pintando-as depois – um trabalho que requer muita paciência –, gosto de pintar a partir de fotografias ou imagens de que gosto, a partir da música que ouço… Outro tema comum dos meus quadros são, de facto, os instrumentos musicais. Gosto muito de música clássica e de *jazz* de Nova Orleães.

Que pintores tem como referência?
Sem dúvida, Leonardo Da Vinci. Também gosto de Dali e, acima de tudo, de Picasso.

Embora já tenha ganho alguns prémios em exposições, na Ordem dos Médicos, não publicita abertamente a sua obra. Porquê?
Não o merecem, nem foi para isso que as criei. Também estou consciente de que devo respeitar o bem-estar das pessoas e o bom usufruto dos seus tempos livres! *(risos)*

Se pudesse ser o autor de um quadro famoso mundialmente, qual escolheria?
Escolheria "A Última Ceia" de Leonardo da Vinci, tal e qual ele a pintou. Aí, sim, teria a perfeita consciência de que tinha contribuído para o bom usufruto dos tempos livres das pessoas! ■

Janela Grega

Gosto muito deste quadro. Diria que é na Grécia, pelo estilo da janela, pela cor do mar, pela tranquilidade que emana…

Três gerações com avó osteoporótica

Este quadro foi baseado na obra "As três idades da mulher" do pintor austríaco Gustav Klimt. Considero-o importante porque tem uma mulher osteoporótica; aliás, os traços da osteoporose estão bem marcados neste quadro dos princípios do século XX. Acho que a minha adaptação não está má!

Jazz em Chicago

Gosto muito de jazz de Nova Orleães. Esta pintura foi baseada numa fotografia que tirei, quando estive lá.

No estudo VIBE*, com Bonviva® 1 vez por mês foi observado:

- **Incidência** de **fracturas vertebrais significativamente menor** (p=0,031) do que a verificada com os bifosfonatos semanais*,2
- **Incidência** de **fracturas não-vertebrais e da anca sobreponível** à verificada com os bifosfonatos semanais*,2

Bonviva UMA VEZ POR MÊS ibandronato — EFICÁCIA ANTI-FRACTURÁRIA MANTIDA AO LONGO DO TEMPO[1]

* Análise dum subgrupo de doentes incluídas no estudo VIBE com osteoporose pós-menopáusica (foram excluídas doentes com diagnóstico de osteopenia, doentes sob corticoterapia e doentes medicadas com alendronato 35 mg) a tomar Bonviva® 150 mg (n=4.876) ou alendronato 70 mg (n=22.805) / risedronato 35 mg (n=14.177). O VIBE (EValuation of IBandronate Efficacy) foi um estudo observacional retrospectivo realizado numa coorte de mulheres com idade ≥45 anos a tomar Bonviva® 150 mg mensal ou bifosfonatos semanais.

Bonviva 150 mg comprimidos revestidos por película. Cada comprimido revestido por película contém 150 mg de ácido ibandrónico (na forma de ibandronato de sódio mono-hidratado). Excipientes: lactose mono-hidratada, povidona, celulose microcristalina, crospovidona, ácido estearico, sílica coloidal anidra, hipromelose, dióxido de titânio E171, talco, macrogol 6000. **Indicações terapêuticas:** Tratamento da osteoporose na mulher pós-menopáusica com risco aumentado de fractura. Foi demonstrada a redução do risco de fracturas vertebrais, a eficácia nas fracturas do colo do fémur não foi estabelecida. **Posologia e modo de administração:** Via oral. A dose recomendada é de um comprimido de 150 mg uma vez por mês, de preferência sempre no mesmo dia de cada mês. Bonviva deve ser tomado após o jejum nocturno (de pelo menos 6 horas) e 1 hora antes da ingestão da primeira refeição ou bebida (se esta não for água) do dia ou de qualquer outro medicamento ou suplemento (incluindo cálcio), administrado por via oral. Os comprimidos devem ser deglutidos inteiros com o auxílio de um copo de água não gaseificada (180 a 240 ml) estando o doente sentado ou em pé, em posição vertical. Os doentes não devem deitar-se durante a hora que se segue à toma de Bonviva. A água não gaseificada é a única bebida que deve ser tomada com Bonviva. Os doentes não devem mastigar nem chupar o comprimido devido ao potencial para ulceração orofaríngea. Se a ingestão diária de cálcio e/ou de vitamina D for inadequada os doentes devem tomar um suplemento. **Contra-indicações:** Hipocalcemia; hipersensibilidade ao ácido ibandrónico ou a qualquer um dos excipientes. **Advertências e precauções:** Os doentes, em especial os doentes com antecedentes de atraso do trânsito esofágico, devem ter particular atenção às instruções de administração, e serem capazes de as cumprir. Os médicos devem estar atentos a sinais ou sintomas de uma eventual reacção esofágica durante o tratamento, e os doentes devem ser instruídos no sentido de descontinuar Bonviva e procurar ajuda médica se desenvolverem sintomas de irritação esofágica tais como aparecimento ou agravamento de disfagia, dor ao engolir, dor retroesternal ou pirose. Deve ter-se precaução durante a administração concomitante de Bonviva com AINEs. A hipocalcemia deve ser corrigida antes do início da terapêutica com Bonviva. Também deve ser eficazmente tratado qualquer outro distúrbio do metabolismo ósseo ou mineral. É importante, em todos os doentes, uma ingestão adequada de cálcio e vitamina D. Não se recomenda Bonviva a doentes com depuração da creatinina inferior a 30 ml/min. Em doentes com cancro e em doentes com osteoporose foi notificada osteonecrose da mandíbula, geralmente associada com extracção de dente e/ou infecção local (incluindo osteomielite). Antes de se iniciar o tratamento com bifosfonatos, deve ser considerada a realização de um exame dentário com odontologia preventiva adequada em doentes com factores de risco concomitantes. Enquanto em tratamento, se possível, estes doentes devem evitar procedimentos dentários invasivos. Doentes com problemas hereditários de intolerância à galactose, deficiência de lactase Lapp ou malabsorção de glucose-galactose não devem tomar este medicamento. **Interacções:** A biodisponibilidade oral do ácido ibandrónico diminui na presença de alimentos. Os produtos contendo cálcio e outros catiões polivalentes (tais como alumínio, magnésio ou ferro), incluindo leite, poderão interferir com a absorção de Bonviva. Os doentes devem estar em jejum nocturno (pelo menos 6 horas) antes de tomar Bonviva e assim devem continuar durante mais uma hora após a sua ingestão. Suplementos de cálcio, antiácidos e alguns medicamentos administrados por via oral contendo catiões polivalentes (tais como alumínio, magnésio ou ferro), poderão interferir com a absorção de Bonviva. Assim, os doentes não devem tomar nenhum outro medicamento por via oral, pelo menos nas 6 horas anteriores à toma de Bonviva e até 1 hora após a sua toma. A administração intravenosa de ranitidina provocou um aumento da biodisponibilidade do ácido ibandrónico. **Efeitos indesejáveis:** Reacção de hipersensibilidade; cefaleia, tonturas; esofagite (incluindo ulcerações ou aperto esofágicos e disfagia), gastrite, afecção de refluxo gastresofágico, dispepsia, diarreia, dor abdominal, náuseas, vómito, flatulência, duodenite; erupção cutânea, angioedema, edema facial, urticária; artralgia, mialgia, dor musculosquelética, cãibra muscular, rigidez musculosquelética, dorsalgia; estado gripal (mialgia, artralgia, febre, arrepios, fadiga, náuseas, perda de apetite ou dor óssea); fadiga; osteonecrose da mandíbula. **Data da revisão do texto:** Julho de 2009.

PVP: €34,78; Regime de comparticipação: Escalão B.
Medicamento sujeito a receita médica.
Representado em Portugal por Roche Farmacêutica Química, Lda.,
Estrada Nacional 249-1, 2720-413 Amadora, NC 500233810.
Para mais informações deverá contactar a Roche Farmacêutica Química, Lda.

Referências Bibliográficas:

1. Chesnut CH III, et al. J Bone Miner Res 2004;19:1241-1249.
2. Reginster J-Y, Poston S. Osteoporoz Dünyasindan. Dec.2008, vol 14, issue 3: 62-69.

BONVIV/2009/038 VALIDADE: 26/07/2010
JUL 2009-1587

GlaxoSmithKline
Roche
Roche Farmacêutica Química, Lda.
Estrada Nacional 249, 1 - 2720-413 Amadora
Telf. +351 214 257 000 . Fax +351 214 186 677
www.roche.pt

Bonviva UMA VEZ POR MÊS ibandronato

Exposições

Man Ray: despreocupado mas não indiferente

Casa das Mudas, Funchal

Até 20 de Maio de 2010

A exposição ***Man Ray: despreocupado mas não indiferente*** apresenta um vasto conjunto de desenhos, fotografias, pinturas, esculturas e objectos pessoais daquele que foi um dos impulsionadores dos movimentos dadaísta e surrealista dos Estados Unidos da América.

Estes itens fazem parte da colecção da Fundação Man Ray, localizada em Long Island, Nova Iorque, criada após a morte de Man Ray, em 1976. O acervo da colecção é único e representa todas as fases de trabalho do criador, incluindo trabalhos de início de carreira pouco conhecidos, documentos da vida privada e esboços relativos a grandes obras de arte.

Man Ray (1890-1976) foi um dos nomes mais importantes da década de 1920, tendo sido responsável por inovações artísticas na fotografia, na pintura e no cinema, entre as quais o fotograma (criando imagens abstractas através da exposição à luz de objectos previamente dispersos sobre o papel fotográfico) e a solarização (inversão dos tons da fotografia). É um dos fundadores, juntamente com Marcel Duchamp, do movimento dadaísta nova-iorquino. ■

Festivais

Funchal Film Festival

5.º Festival Internacional de Cinema do Funchal

10 a 17 de Abril

Teatro Baltazar Dias

O Funchal Film Festival é o mais importante festival de cinema da Região Autónoma da Madeira. A quinta edição apresenta 30 sessões de cinema, com oito filmes a concurso, representando obras cinematográficas de países emergentes como Irão, Turquia, Grécia, Argentina, Brasil e Suíça. A organização, da responsabilidade da cooperativa de cinema Plano XXI, prevê ainda prémios para as categorias de melhor filme, melhor realizador, melhor actor e actriz, prémio especial do júri e prémios honoríficos.

O programa deste ano pode ser consultado em **www.funchalfilmfest.com**. ■

Cinema

Dorian Gray

Adaptação do romance de Oscar Wilde

De Oliver Parker com Colin Firth, Bem Barnes e Rachel Hurd-Wood

Estreia 1 de Abril na Zon Lusomundo do Fórum Madeira (e restantes salas Lusomundo do país)

Adaptado do célebre romance "O Retrato de Dorian Gray", de Oscar Wilde, o filme narra a história do jovem Dorian Gray que, na Inglaterra Victoriana, permanece eternamente belo à medida que os anos vão passando, enquanto a sua imagem num retrato vai envelhecendo e espelhando as deformidades da sua personalidade. ■

Música

Orquestra de Bandolins da Madeira

Sexta-feira, 09 de Abril de 2010, às 21h00

Igreja Inglesa, Funchal

Dirigida por Eurico Martins, a Orquestra de Bandolins da Madeira é a mais antiga da Europa. Nasceu em 1913 e tem sede na freguesia de São Roque, no Funchal. É constituída por mais de duas dezenas de músicos locais, na sua maioria jovens, e realiza cerca de 50 concertos por ano, quer na Madeira quer no estrangeiro. ■

Gourmet das Ilhas

A gastronomia da Madeira está historicamente ligada ao seu vinho. Mas como nem só de néctar vive o homem, saiba que iguarias não deve deixar de provar durante uma estadia na região

O cenário seguinte é comum a muitas viagens: entramos num restaurante desconhecido e, com receio de pedir um dos pratos típicos da região, por não termos referências, acabamos por saborear o mesmo de sempre. No entanto, neste caso, não tem motivos para hesitar. Os pratos que aqui recomendamos foram provados e aprovados!

Qualidade à *la carte*

Qualquer restaurante típico da Madeira tem na sua ementa o bolo do caco, assim chamado por ser cozido sobre um caco de telha. Confeccionado com farinha de trigo, fermento, água e sal, este pão é habitualmente consumido quente, barrado com manteiga de alho a derreter. É ainda utilizado como sanduíche com recheios de peixe-espada, polvo ou "bifes" (prego no bolo do caco). As lapas grelhadas, servidas com alho e sumo de limão, são também muito apreciadas como entrada ou petisco.

Um dos pratos mais recomendados pelos próprios madeirenses são as espetadas em pau de louro, servidas nos restaurantes mais populares ou nas festas gastronómicas. Outra iguaria comum é a carne de vinho-e-alhos, preparada com um a dois dias de antecedência numa marinada de vinagre, alho, pimenta e ervas aromáticas. O milho frito e o bolo do caco são os acompanhantes privilegiados destes dois pratos típicos.

Os restaurantes madeirenses incluem sempre na sua menta o bife de atum e os filetes de espada com banana frita. O primeiro é habitualmente preparado numa marinada de azeite, alho, sal e orégãos e é servido com milho cozido ou batata cozida, arroz e salada. Os filetes de espada são preparados com sal, alho, pimenta e sumo de limão, e misturados com farinha e ovo batido. São geralmente acompanhados de bananas fritas com açúcar.

A poncha, consumida em toda a região, é uma bebida típica de Câmara de Lobos. Na sua forma original, é confeccionada com aguardente de cana-de-açúcar, água, mel e sumo de limão. Noutras variantes, é feita com absinto ou whisky. Originária da índia, considera-se que esta bebida foi consumida pela primeira vez fora deste país precisamente na ilha da Madeira, em meados do século XVIII, pela mão dos ingleses que já nessa altura paravam frequentemente no local.

A Nikita (bebida doce e refrescante feita com cerveja, gelado e pedaços de ananás), os emblemáticos vinhos e licores da Madeira e os sumos de frutas exóticas são as bebidas mais apetecíveis da região.

As frutas exóticas constituem, aliás, outra das grandes atracções madeirenses, em particular a banana, a pêra-abacate, a anona, a manga e o maracujá.

Acabar com mel

Para finalizar uma refeição, há um cardápio interessante de sobremesas regionais. O Bolo de Mel é o ex-libris da doçaria madeirense, tendo surgido nos tempos áureos da produção de

açúcar. No entanto, a sua origem não é consensual: há quem defenda que é fruto da chegada das especiarias depois de descoberto o caminho marítimo para a Índia e há quem afirme que deriva da secular presença inglesa na ilha, sendo uma adaptação do tradicional pudim de Natal das ilhas britânicas. Como o próprio nome indica, é confeccionado à base de mel de cana e coberto de nozes. As broas de mel, os camafeus, o pudim de maracujá, as bananas fritas, o bolo de cerveja e as queijadas (feitas à base de requeijão, ovos e açúcar) são outras sobremesas bem apreciadas. No final da refeição, alguns restaurantes presenteiam os clientes com rebuçados de funcho, também típicos da região. ■

"O" Vinho

O vinho da Madeira é um símbolo da região em todo o mundo e, desde sempre, uma das principais fontes de receita económica. Trata-se de um vinho fortificado, com elevado teor alcoólico, caracterizado pela adição de aguardante vínica, produzido sob condições muito especiais nas encostas e adegas da Região Demarcada da Ilha da Madeira. As castas mais conhecidas são a Sercial, Malvasia, Terrantez, Tinta Negra, Boal e Verdelho.

Onde encontrar os vinhos da Madeira

Diogo´s Wine Lodge (Vinhos Barbeito)
Av. da Arriaga, 48
9000-064 Funchal
2..ª a 6.ª, das 10h às 18h30; Sábado, das 10h às 13h

É uma das lojas mais conhecidas do Funchal, junto à Sé, dado que a família Barbeito é produtora de vinhos licorosos da Madeira desde 1946. O espaço comercializa, além das especialidades – vinhos Barbeito e Madeira 10 anos –, o tradicional Bolo de Mel.

Madeira Wine Company
Av. da Arriaga, 28
9000-064 Funchal
2..ª a 6.ª, das 10h às 18h30; Sábado, das 10h às 13h
www.madeirawinecompany.com

É uma das garrafeiras mais antigas do Funchal. Foi inaugurada no princípio do século XX, com o objectivo de promover o vinho da Madeira aos turistas. Comercializa os mais famosos vinhos e licores da Madeira, além de produtos de artesanato, acessórios para vinho e livros.

Paixão do Vinho
Via Rápida 200
9025-056 Santa Maria Maior, Funchal
http://paixaodovinho.blogspot.com

Inaugurada em 2007 por Filipe Santos e Francisco Albuquerque, a garrafeira distingue-se por apoiar pequenos produtores e enólogos de vinhos madeirenses que, tendo reduzidas produções de vinho, são desconhecidos do grande público e estão ausentes da grande distribuição. Por isso, além dos famosos vinhos da Madeira, a dupla comercializa diversos "terroires", não sem antes terem sido aprovados, pela própria, em "provas cegas". ■

Out 2009-1642

RoACTEMRA 20 mg/ml concentrado para solução para perfusão. Frasco para injectáveis com 80, 200 ou 400 mg de tocilizumab em 4, 10 ou 20 ml, respectivamente. Excipientes: sacarose, polissorbato 80, fosfato dissódico dodeca-hidratado, fosfato monossódico di-hidratado, água para preparações injectáveis. **Indicação terapêutica:** RoACTEMRA, em associação com metotrexato (MTX), é indicado no tratamento da artrite reumatóide activa, moderada a grave, em doentes adultos que tiveram uma resposta inadequada ou foram intolerantes a terapêutica prévia com um ou mais fármacos anti-reumáticos modificadores da doença ou antagonistas do factor de necrose tumoral (TNF). Nestes doentes, RoACTEMRA pode ser usado em monoterapia em caso de intolerância a MTX ou quando o uso continuado de MTX é inapropriado. **Posologia/Modo de administração:** Deve ser dado um Cartão de Alerta do Doente, aos doentes tratados com RoACTEMRA. Posologia: 8 mg/kg (mas não inferior a 480 mg), uma vez de 4 em 4 semanas. Para ajustes de dose devido a alterações laboratoriais, como alterações das enzimas hepáticas, contagem absoluta dos neutrófilos (CAN) ou das plaquetas baixa, consultar Resumo das Características do Medicamento (RCM). Não utilizar em doentes <18 anos. Para informação sobre populações especiais consultar RCM. Modo de administração: Diluir para um volume final de 100 ml com solução injectável de cloreto de sódio 9 mg/ml (0,9%), estéril e apirogénica, utilizando técnica asséptica, e administrar por perfusão intravenosa durante 1 hora. **Contra-indicações:** Hipersensibilidade à substância activa ou excipientes, infecções activas, graves. **Advertências e precauções:** Interromper em caso de infecção grave. Recomenda-se precaução ao considerar a utilização em doentes com história de infecções recorrentes ou crónicas, ou com predisposição para infecções. Avaliar tuberculose latente e tratar antes de iniciar RoACTEMRA. Pouco frequentemente foram notificados acontecimentos de perfuração diverticular. Utilizar com precaução em doentes com história prévia de ulceração intestinal/diverticulite. Foram notificadas reacções graves de hipersensibilidade associadas à perfusão. Disponibilizar tratamento apropriado para uso imediato em caso de reacção anafiláctica durante a administração. Foi frequentemente notificado aumento das transaminases hepáticas sem progressão para dano hepático. Precaução ao considerar o tratamento de doentes com doença hepática activa ou compromisso hepático. Não se recomenda tratamento em doentes com alanina aminotransferase (ALT) ou da aspartato aminotransferase basal >5x LSN. Foi observada diminuição da contagem de neutrófilos e plaquetas. Pode existir risco aumentado de neutropenia em doentes tratados previamente com antagonistas do TNF. Não se recomenda tratamento em doentes com uma CAN <0,5x10^9/l ou uma contagem de plaquetas <50x10^3/µl. Observaram-se aumentos nos parâmetros lipídicos. Não se recomenda a administração simultânea de vacinas vivas ou vivas atenuadas com RoACTEMRA ou a utilização com outros agentes biológicos. Em doentes sob dieta controlada em sódio deve considerar-se que este medicamento contém sódio. Consultar RCM para informação adicional acerca de advertências/precauções e recomendações relacionadas. **Interacções:** A expressão do CYP450 pode ser invertida. Ao iniciar/interromper tocilizumab, monitorizar doentes que tomem medicamentos ajustados individualmente e metabolizados via CYP450 3A4, 1A2, 2C9 ou 2C19; pode ser necessário aumentar as doses para manter o efeito terapêutico. O efeito de tocilizumab no CYP450 pode persistir semanas após a interrupção da terapêutica. **Efeitos indesejáveis:** Infecções do tracto respiratório superior, nasofaringite, cefaleia, hipertensão e aumento da ALT, celulite, pneumonia, herpes simplex oral, herpes zoster, ulceração da boca, gastrite, erupção cutânea, prurido, tonturas, transaminases hepáticas aumentadas, leucopenia, neutropenia, hipercolesterolemia, conjuntivite, diverticulite, estomatite, urticária, bilirrubina total aumentada, hipertrigliceridemia, reacções de hipersensibilidade. Para informação adicional, consultar RCM. Janeiro 2009. Roche Farmacêutica Química, Lda., NC 500233810, Estrada Nacional 249, 1 - 2720-413 Amadora, Tel.: 214 257 000, Fax: 214 186 677 **Medicamento de receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados. Para mais informações deverá contactar a Roche Farmacêutica Química, Lda.**

O primeiro inibidor do receptor da IL-6 para o tratamento da Artrite Reumatóide

RoACTEMRA® É O BIOLÓGICO DE PRIMEIRA LINHA QUE OFERECE AOS DOENTES COM AR A MELHOR HIPÓTESE DE ALCANÇAR UMA REMISSÃO RÁPIDA E PROLONGADA [1-7]*

*Artrite Reumatóide activa moderada a grave
Remissão definida como DAS28 < 2,6

Novo biológico de 1ª linha aprovado na União Europeia

RoACTEMRA®
tocilizumab

1. Smolen *et al.* TOCILIZUMAB RAPIDLY AND SIGNIFICANTLY REDUCES DAS28 IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS INADEQUATELY RESPONDING TO DMARDS: POOLED ANALYSIS. *Ann Rheum Dis* 2008;67(Suppl II):341. **2.** Westhovens *et al.* The Safety of Infliximab, Combined With Background Treatments, Among Patients With Rheumatoid Arthritis and Various Comorbidities. *Arth Rheum* 2006; 54(4);1075-1086. **3.** Schiff *et al.* Efficacy and safety of abatacept or infliximab vs placebo in ATTEST: a phase III, multi-centre, randomised, double-blind, placebo-controlled study in patients with rheumatoid arthritis and an inadequate response to methotrexate. *Ann Rheum Dis* 2008;67;1096-1103. **4.** Van der Heijde *et al.* Comparison of Etanercept and Methotrexate, Alone and Combined, in the Treatment of Rheumatoid Arthritis Two-Year Clinical and Radiographic Results from the TEMPO Study, a Double-Blind, **Randomized Trial Arth Rheum** 2006; 54(4);1063-1074. **5.** European Medicines Agency. European Public Assessment Report: RoActemra (EMEA/H-C-955). 2009. **6.** Bergman, Boers et al. Efficacy of Tocilizumab relative to other Biologic Agents in patients whit Rheumatoid Arthritis and an Inadequate Response to Traditional DMARDs: A meta-analysis whit mixed treatment comparisons. Poster presented at BSR 2009. Poster number:185. **7.** Aleatha et al. The importance of reporting disease activity states in Rheumatoid Arthritis Clinical Trials. Arth Rheum 2008; 58(9): 2622-2631.

Entrevista a Margarida Paula Ramos, secretária-geral da ANDAI – Associação Nacional de Doentes com Artrites e Reumatismos de Infância

Outra face da Reumatologia

Se é difícil sensibilizar a população para a existência da maior parte das doenças reumáticas nos adultos, quando se trata de crianças, os obstáculos são ainda maiores. Margarida Paula Ramos, pediatra no Hospital Dona Estefânia e secretária-geral da ANDAI, conta como fez quando se deparou com os primeiros casos

O diagnóstico tardio das doenças reumáticas nos adultos ainda é um dos principais problemas relacionados com o próprio tratamento. Também o é nas crianças?
Sim. Quando os pais chegam ao pediatra, raramente suspeitam de que é uma doença reumática. Habitualmente, as crianças e os adolescentes vêm à consulta por queixas de dores articulares ou por claudicação da marcha, o que não é de estranhar dado que as patologias reumáticas mais frequentes, nesta faixa etária, são as artrites idiopáticas juvenis. Por vezes, os pais não se aperceberam de que os seus filhos já não têm uma ou duas articulações inflamadas, mas quatro ou cinco. Se as articulações atingidas não são muito utilizadas pela criança, usando outras em sua substituição, como um dedo ou um punho, os pais podem até não reparar no problema durante muito tempo.

Infelizmente, ainda hoje chegam meninos à consulta demasiado tarde porque são referenciados tardiamente ou não o são de todo. Ainda este ano recebi uma menina com artrite idiopática juvenil, já com sequelas, que veio à consulta com um atraso de dois anos de evolução e era da Grande Lisboa. Qualquer referenciação tardia implica um atraso no início da terapêutica, a qual é essencial começar em tempo útil.

O que causa essa referenciação tardia?
Muitas crianças – a grande maioria – não são seguidas por pediatras. Não podemos esquecer que não há pediatras nos Centros de Saúde, mas o maior problema é o facto de muitas famílias não terem sequer um médico de família fixo. Por outro lado, os reumatologistas e os pediatras que se dedicam à Reumatologia Pediátrica estão apenas nos grandes centros urbanos. Por isso mesmo, tentamos sensibilizar os pediatras em geral para as doenças reumáticas. A grande aposta é, agora, nos internos do internato complementar de pediatria e nos médicos de família, os quais tentamos sensibilizar para a referenciação nos casos de situações sugestivas ou de dúvida.

> Quando fiz o curso de Medicina, falava-se pouco de Reumatologia (e só no adulto). No internato de Pediatria, a Reumatologia não era abordada

Os pediatras têm formação em Reumatologia? Como foi no seu caso?
Não, de todo. Entrei na Reumatologia Pediátrica totalmente por necessidade. Comecei a observar doentes na consulta externa de Pediatria do Hospital de Dona Estefânia, a tentar fazer o diagnóstico e a tratá-los, o que constituía o grande problema. Não tinha qualquer experiência nessa área e muito menos ao nível da terapêutica. Quando fiz o curso de Medicina, falava-se pouco de Reumatologia (e só no adulto). No internato de Pediatria, a Reumatologia não era abordada. A minha necessidade de formação era, por isso, enorme: precisava de alguém que me confirmasse o diagnóstico e me ajudasse na terapêutica. Não queria, simplesmente, referenciar o doente ao reumatologista. Sempre senti que era imperiosa a preparação dos pediatras para a abordagem desta área.

Como vários outros pediatras que se dedicam à Reumatologia Pediátrica, contactei, no Instituto

Português de Reumatologia (IPR), o Dr. J. A. Melo Gomes para me ajudar a tratar destas crianças e foi com ele que comecei a minha formação nesta área, em 2000. O Dr. J. A. Melo Gomes tem sido um grande impulsionador desta área junto dos pediatras e foi através dele, enquanto presidente da ANDAI, que tomei conhecimento desta associação.

Há, portanto, poucas consultas de Reumatologia Pediátrica?
No Hospital de Dona Estefânia, após dois anos de ter iniciado formação nessa área e aproveitando o convite que recebi para assumir a consulta de artrites de etiologia infecciosa, a consulta de Reumatologia Pediátrica foi crescendo e consolidando-se. Agora, esta área conta também, neste hospital, com outra pediatra desde meados de 2008, a Dr.ª Marta Conde. Há outros hospitais e instituições nos grandes centros com esta consulta, alguns com muitos anos de existência. Nuns, a consulta está a cargo de reumatologistas, como é o caso do IPR e do Hospital de Santa Maria, e noutros de pediatras, como o Hospital Pediátrico de Coimbra.

Há, de facto, poucos pediatras que se dedicam a esta área, mas a sensibilização para a mesma tem aumentado nos últimos anos, não só com as Jornadas Internacionais de Reumatologia Pediátrica de Lisboa, mas também com a secção de Reumatologia Pediátrica da Sociedade Portuguesa de Pediatria. Actualmente, os internos estão mais sensibilizados para esta área, investindo inclusivamente em formação no estrangeiro.

Em geral, temos duas a quatro primeiras consultas no Hospital de Dona Estefânia. Enquanto a consulta de Reumatologia Pediátrica não era muito conhecida, não havia muita procura. Foi progressivamente aumentando todos os anos.

Foi a necessidade de dar a conhecer a Reumatologia Pediátrica que a levou a fazer parte da ANDAI?
Sendo eu uma médica dedicada à Reumatologia Pediátrica, achei que seria lógico ser associada da ANDAI. Comecei a participar aos poucos e a sentir uma necessidade enorme de fazer alguma coisa. Mesmo que não sobre muito tempo, é sempre possível fazer algo, quando queremos. Como somos muitos poucos, há necessidade de dividir tarefas.

Qual é o principal obstáculo com o qual as crianças com doenças reumáticas se deparam?
A escola, sem dúvida. Como a maioria das pessoas pensa que as doenças reumáticas existem apenas nos idosos, esse desconhecimento tem repercussões gravíssimas no dia-a-dia das crianças, que não são entendidas. Têm, por exemplo, dificuldades em escrever nas primeiras horas da manhã, em se deslocar rapidamente para as salas e na disciplina de Educação Física. A rigidez matinal suscita nos professores, principalmente os de Educação Física, questões como "Então a criança não consegue fazer ginástica às 08h da manhã e às 11h já o consegue?". Pensam que os miúdos se estão a desculpar ou que não querem fazer exercício, o que se traduz um mal-estar diário.

> A ANDAI depara-se, neste contexto, com uma luta enorme entre os alunos e as suas famílias, e as instituições escolares

Tentamos passar, neste contexto, todas as informações aos professores, mas nem sempre conseguimos. Além disso, as acessibilidades existentes nas escolas não estão pensadas para quem tem dificuldade em se deslocar, mesmo que essa dificuldade não seja permanente.

A ANDAI depara-se, neste contexto, com uma luta enorme entre os alunos e as suas famílias, e as instituições escolares.

E quais são os obstáculos da ANDAI?
Se tivéssemos mais pessoas, poderíamos fazer mais e chegar mais longe… Podíamos fazer mais formação nas escolas, por exemplo. Neste momento, somos 320 associados, mas raramente conseguimos convencê-los a comparecer, a fazer, a decidir… As pessoas contactam a ANDAI na altura em que lhes interessa obter respostas – no começo da doença dos seus filhos ou nas fases de agudização. Contudo, quando as crianças estão bem, desaparecem, não tentam estimular o saber sobre a doença.

Como é que chegam, então, às pessoas, neste caso, aos pais?
Através do *site* da ANDAI, do boletim informativo, de brochuras, de um guia que disponibilizamos para os pais e de um livrinho para crianças. Todos os contactos são feitos por e-mail. Através das Jornadas Internacionais de Reumatologia Pediátrica, vamos sensibilizando os internos de Pediatria e Reumatologia para esta área, assim como todos os médicos que queiram participar. Mas não chega. A ANDAI tem também um encontro anual, geralmente em Maio, que promove a partilha de experiências entre pais e doentes. O objectivo principal da ANDAI é que as crianças tenham a maior qualidade de vida possível. E isso não depende só dos técnicos, mas também dos pais, da escola, dos professores e, por fim, da população em geral. Além de informação, os associados encontram respostas, apoios sociais e carinho, muito carinho. A ANDAI está a celebrar dez anos de vida, mas o caminho ainda agora começou. ■

andai
Associação Nacional dos Doentes com Artrites Infantis

Associação Nacional de Doentes com Artrites e Outros Reumatismos de Infância

Rua Passos Manuel, 85, 3.º Dto., 1150-258 Lisboa

Tel.: 213 520 945 andai@net.sapo.pt

Fax: 213 520 945 www.andai.org.pt

INFORMAÇÕES ESSENCIAIS COMPATÍVEIS COM O RCM Nome do Medicamento e Forma Farmacêutica Remicade 100 mg pó para concentrado para solução para perfusão **Composição Qualitativa e Quantitativa** 1 frasco para injectáveis contém 100 mg de infliximab **Indicações terapêuticas** Artrite reumatóide. Doença de Crohn em adultos. Doença de Crohn pediátrica. Colite ulcerosa. Espondilite anquilosante. Artrite psoriática. Psoríase **Posologia e modo de administração** Via IV. Todos os doentes aos quais se administra Remicade devem ser mantidos sob observação durante, pelo menos, 1-2 horas após a perfusão para despiste de reacções agudas relacionadas com a perfusão Artrite reumatóide (AR) 3 mg/kg, durante 2 horas, seguida por doses adicionais de 3 mg/kg, administradas por perfusão 2 e 6 semanas após a 1ª perfusão e, em seguida, a intervalos de 8 semanas. Em doentes com AR cuidadosamente seleccionados, que toleraram 3 perfusões iniciais de 2 horas de Remicade, poder-se-á ponderar a administração das perfusões subsequentes durante um período não inferior a 1 hora. Remicade tem de ser administrado concomitantemente com metotrexato Doença de Crohn activa grave perfusão IV 5 mg/kg ao longo de 2 horas, seguida por uma perfusão adicional de 5 mg/kg, 2 semanas após a 1ª perfusão IV. No caso de um doente não responder ao tratamento após as 2 primeiras doses, não deve ser administrado tratamento adicional com infliximab Doença de Crohn activa, com formação de fístulas perfusão IV de 5 mg/kg ao longo de 2 horas, seguida de doses adicionais de 5 mg/kg, administradas por perfusão às 2 e 6 semanas após a 1ª perfusão. Se um doente não responder após 3 doses, não deve ser administrado qualquer tratamento adicional com infliximab Colite ulcerosa perfusão IV de 5 mg/kg administrada durante 2 horas seguida por doses adicionais de 5 mg/kg, administradas por perfusão, 2 e 6 semanas após a 1ª perfusão, e em seguida, a intervalos de 8 semanas. Os dados disponíveis sugerem que a resposta clínica é geralmente atingida dentro de 14 semanas de tratamento, ou seja, 3 doses Espondilite anquilosante perfusão IV de 5 mg/kg administrada durante 2 horas seguida por doses adicionais de 5 mg/kg, administradas por perfusão, 2 e 6 semanas após a 1ª perfusão e, em seguida, a intervalos de 6 a 8 semanas. Se um doente não responder às 6 semanas (i.e. após a administração de 2 doses), não deve ser administrado tratamento adicional com infliximab Artrite psoriática perfusão IV de 5 mg/kg administrada durante 2 horas seguida por doses adicionais de 5 mg/kg, administradas por perfusão, 2 e 6 semanas após a 1ª perfusão e, em seguida, a intervalos de 8 semanas. Psoríase perfusão IV de 5 mg/kg administrada durante 2 horas seguida por doses adicionais de 5 mg/kg, administradas por perfusão, 2 e 6 semanas após a 1ª perfusão e, em seguida, a intervalos de 8 semanas. Se um doente não responder às 14 semanas (i.e. após a administração de 4 doses), não deve ser administrado tratamento adicional com infliximab. Consultar RCM completo sobre re-administração nas várias indicações, utilização em população idosa, pediátrica e com compromisso da função renal e/ou hepática **Contra-indicações** Hipersensibilidade ao infliximab, proteínas murinas ou a qualquer dos excipientes. Doentes com tuberculose ou outras infecções graves tais como sepsis, abcessos, e infecções oportunistas. Doentes com insuficiência cardíaca moderada ou grave (classe III/IV da NYHA). **Advertências e precauções especiais de utilização** Reacções da perfusão e hipersensibilidade, infecções (ex. tuberculose, infecções bacterianas, infecções fúngicas e outras infecções oportunistas), reactivação da hepatite B (VHB), acontecimentos hepatobiliares, administração concomitante de um inibidor TNF-alfa e anacinra e de um inibidor TNF-alfa e abatacept, vacinações, processos auto-imunes, acontecimentos neurológicos, doenças malignas e linfoproliferativas, insuficiência cardíaca, intervenções cirúrgicas, incluindo artroplastia **Interacções medicamentosas e outras formas de interacção** Anacinra, abatacept, vacinas vivas **Efeitos indesejáveis** Infecção viral, tuberculose, infecções bacterianas, infecções fúngicas, infecções oportunistas, reactivação da hepatite B, linfoma hepatoesplénico de células T, linfoma, neutropenia, leucopenia, trombocitopenia, anemia, linfopenia, linfadenopatia, linfocitose, agranulocitose, púrpura trombocitopénica trombótica, pancitopenia, anemia hemolítica, púrpura trombocitopénica idiopática, reacção tipo doença do soro, reacção anafiláctica, síndrome semelhante ao lúpus, sintoma alérgico respiratório, choque anafiláctico, doença do soro, vasculite, depressão, amnésia, agitação, confusão, insónia, sonolência, nervosismo, apatia, cefaleias, vertigens, tonturas, doenças desmielinizantes do sistema nervoso central, meningite, doenças desmielinizantes periféricas, doenças desmielinizantes do sistema nervoso central, mielite transversa, convulsão, neuropatia, hipostesia, parastesia, endoftalmite, queratite, conjuntivite, edema peri-orbital, hordeólo, perda transitória de visão durante ou nas 2 horas após a perfusão, agravamento da insuficiência cardíaca, arritmia, síncope, bradicardia, cianose, palpitações, taquicardia, isquémia do miocárdio/enfarte do miocárdio durante ou nas 2 horas após a perfusão, insuficiência cardíaca, derrame pericárdico, rubor, hipotensão, isquémia periférica, hipertensão, tromboflebite, hematoma, equimose, petéquias, vasospasmo, afogueamento, falência circulatória, infecção do aparelho respiratório inferior, infecção do aparelho respiratório superior, sinusite, dispneia, edema pulmonar broncospasmo, pleuresia, epistaxis, efusão pleural, doença pulmonar intersticial, dor abdominal, diarreia, náuseas, dispepsia, diverticulite, refluxo gastro-esofágico, obstipação, queilite, perfuração intestinal, hemorragia gastrointestinal, estenose intestinal, pancreatite, aumento das transaminases, colecistite, anomalia da função hepática, hepatite, falência hepática, hepatite auto-imune, lesão hepatocelular, icterícia, urticária, erupção cutânea, prurido, hiperidrose, pele seca, erupção bolhosa, furunculose, dermatite fúngica, onicomicose, eczema, seborreia, rosácea, papiloma da pele, hiperqueratose, alopecia, pigmentação anormal da pele, epidermólise bolhosa tóxica, síndrome de Stevens-Johnson, psoríase, incluindo recidiva de psoríase e psoríase pustular, eritema polimorfo, artralgias, mialgias, dor dorsal, pielonefrite, infecção urinária, vaginite, reacção relacionada com a perfusão, dor torácica, fadiga, febre, cicatrização deficiente, reacção no local da injecção, arrepios, edema, dor, lesão granulomatosa, auto-anticorpo positivo, irregularidades do factor de complemento. Consultar o RCM completo para mais informações. **Data da Revisão do Texto:** 10/2009 **Titular da AIM** Centocor B.V. Einsteinweg 101, 2333 CB Leiden, Holanda. **Representante Local do Titular de AIM** Schering-Plough Farma, Lda., Rua Agualva dos Açores 16, 2735 – 557 Agualva – Cacém, Contribuinte nº 500 700 907 **Medicamento de receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados. Medicamento Comparticipado ao abrigo do Despacho nº 4466/2005 (escalão A) e Despacho nº 20510/2008 (escalão A). Para mais informações deverá contactar o titular da AIM ou o representante local do titular de AIM.**

Começou por ser imaginado um, mas foram dois os dias dedicados ao aparelho locomotor. E, quebrando o paradigma, foram três as sociedades científicas que se expressaram sobre o mesmo "objecto". Uma visão a três não confundiu. Pelo contrário, deu muitos frutos

Um Dia com o Aparelho Locomotor, dias 29 e 30 de Janeiro, em Lisboa

O dia em que uma conversa se concretizou

A ideia partiu do ortopedista Carlos Amaral. Em conversa com Rui André, presidente da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, tomou forma. E oito meses depois, concretizou-se. "Um Dia com o Aparelho Locomotor" deve muito ao "estranho" episódio no qual Carlos Amaral se viu envolvido, por ocasião de uma reunião internacional em Bruxelas, há seis anos. "Quando sugeri uma prótese a um doente com uma artrose no joelho, um colega inglês ia-me 'comendo' vivo, como se tivesse dito a maior atrocidade do mundo", explica. Foi esta necessidade de aumentar as sinergias entre Reumatologia, Fisiatria e Ortopedia que levou à concretização desta reunião, nos dias 29 e 30 de Janeiro, no Estádio Alvalade XXI, em Lisboa.

O programa incidiu na visão multidisciplinar sobre a patologia degenerativa e inflamatória das grandes articulações. Na manhã de Sexta-feira, dedicada ao ombro, a especificidade desta articulação e as complicações relacionadas com as próteses dominaram os temas. A tarde do mesmo dia teve como protagonista a anca, na perspectiva do diagnóstico, da reabilitação, das hipóteses terapêuticas e das complicações cirúrgicas. No Sábado, foi a vez de o joelho ter todas as atenções sobre ele.

Não foi à toa que as mesas-redondas dos dois dias foram dedicadas à multidisciplinaridade do doente músculo-esquelético. Esta é, de facto, a questão-chave, pois exige a cooperação entre três especialidades diferentes. "Todos nós vemos o doente de uma forma distinta. Todos nós podemos aprender com as outras especialidades. Não há dúvida nenhuma de que quando estamos a falar do aparelho músculo-esquelético, as três especialidades têm interesse em comunicar para que possamos tratar melhor os nossos doentes", explica Jorge Laíns, presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação.

No entanto, este entendimento nem sempre é fácil, porque, segundo Roxo Neves, representante da Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia neste evento, "a organização é mais cara do que a independência". O exemplo da construção de uma estrada é, para este ortopedista, emblemático: "depois de estar concluída, surge outra empresa que a abre e fecha de novo e assim consecutivamente… e todos nos perguntamos 'Não seria mais fácil fazer tudo ao mesmo tempo?', mas, na verdade, sairia muito mais caro organizar as actividades de empresas diferentes de forma a terem o mesmo calendário de execução. Nos Serviços de Saúde acontece o mesmo".

Carlos Amaral, mentor destas Jornadas, considera, contudo, que a falta de cooperação também se deve aos próprios especialistas, "só na aflição é que vamos ter uns com os outros", justifica, e chama a atenção para a existência de um "quarto" olhar, decisivo na referenciação do doente: o clínico geral.

É com vista a optimizar esta visão multidisciplinar que Rui André, presidente da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, reiterou na Cerimónia de Abertura do evento o compromisso para acções futuras conjuntas "em outras áreas em que o concurso de reumatologistas, ortopedistas e fisiatras é fundamental". ■

Três visões, a mesma perspectiva

Rui André, presidente da Sociedade Portuguesa de Reumatologia

"Tudo surgiu com a brilhante ideia do Carlos Amaral. Centrada nas próteses articulares, procurar-se-ia uma abordagem do doente não com três visões distintas, mas numa solução integradora e, por isso, muito mais útil para o doente.

Jorge Laíns, presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e Reabilitação

"São três visões complementares, mas também se sobrepõem. Não há linhas nem contornos limitados, dado que o objecto de trabalho é o ser humano. O exame clínico não é igual, a forma de ver o doente não é igual e, logo, o tratamento não é igual. Em vez de nos isolarmos numa ilha, todos nós temos um papel muito importante na patologia músculo-esquelética.

Roxo Neves, representante da Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia no evento

"Se bem que cada um seja perito na sua própria área, há por vezes margens de entendimento deficitárias. Alguns hospitais em grandes serviços (embora não seja muito o nosso hábito) fazem visitas multidisciplinares em que, por exemplo, está o ortopedista, o psiquiatra, o padre, o reumatologista e o fisiatra. E esse momento nos serviços médicos é o que estamos a fazer aqui em termos científicos.

III Fórum das Espondilartrites decorreu em Óbidos, a 27 de Fevereiro

Vantagens da abordagem conjunta

O III Fórum das Espondilartrites confirmou, mais uma vez, a vantagem de envolver outras especialidades na discussão sobre espondilartrites. Anabela Barcelos faz um balanço positivo

III FÓRUM DAS ESPONDILARTRITES
27 DE FEVEREIRO DE 2010 ÓBIDOS
III FÓRUM DAS ESPONDILARTRITES
27 DE FEVEREIRO DE 2010 ÓBIDOS

Foi a terceira vez que a Reumatologia dedicou um dia inteiro, 27 de Fevereiro, a este grupo de patologias reumáticas denominado espondilartrites. A cidade medieval de Óbidos foi o local escolhido.

Anabela Barcelos, responsável pela organização do evento, com a colaboração de Margarida Cruz, sob o auspício da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, destaca desta edição a abordagem das manifestações extra-articulares das espondilartrites, nomeadamente as cutâneas (em especial a psoríase), as oftalmológicas (como a uveíte) e as gastroenterológicas (caso da doença inflamatória intestinal. Estes temas deram forma a duas mesas-redondas, intituladas, respectivamente, "O envolvimento intestinal nas espondilartrites" e "O envolvimento ocular e cutâneo nas espondilartrites".

Anabela Barcelos

> Para o sucesso deste III Fórum contou-se com a participação activa de vários reumatologistas de todo o país assim como com vários especialistas da área da Dermatologia, Oftalmologia, Fisiatria e Gastroenterologia

O papel fundamental da fisiatria neste grupo de patologias foi também, na opinião desta reumatologista do Hospital Infante D. Pedro, em Aveiro, um dos temas mais importantes do Fórum ("A importância da fisiatria no tratamento dos doentes com espondilartrite axial, periférica e entesopática"), assim como as novas técnicas de diagnóstico das espondilartrites e a discussão dos novos critérios de classificação internacionais para as espondilartrites axiais, aprovados recentemente.

O Fórum terminou de forma inovadora através da discussão de um caso clínico por duas especialidades, a Dermatologia e a Reumatologia. A participação activa de várias especialidades foi, aliás, para Anabela Barcelos, o factor crítico de sucesso do evento. ■

João Eurico da Fonseca defendeu provas de agregação com aprovação por unanimidade

"Uma oportunidade de efectuar um balanço e uma reflexão sobre a minha actividade clínica, académica e de investigação." Foi assim que João Eurico da Fonseca, reumatologista do Hospital de Santa Maria e director da Unidade de Investigação em Reumatologia do Instituto de Medicina Molecular da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, caracterizou a subida ao mais alto patamar académico, depois de ter feito provas de agregação nos passados dias 2 e 3 de Fevereiro, na Faculdade de Medicina de Lisboa.

As provas distribuíram-se por dois dias: no primeiro, além da discussão do seu *curriculum vitae*, este reumatologista teve a oportunidade de apresentar o relatório pedagógico, intitulado "Um Modelo de Ensino Integrado da Reumatologia na FMUL"; no segundo dia, João Eurico da Fonseca apresentou a lição "Uma nova visão das doenças reumáticas inflamatórias tendo como paradigma a artrite reumatóide: um exemplo de interacção da biologia celular e molecular com a clínica".

O resultado, "Aprovado por Unanimidade", foi dado por um júri constituído por académicos nacionais e internacionais: Professores Doutores Yrjö T. Konttinen, da Biomedicum Helsinki, Finlândia; José Henriques Dias Pinto de Barros e José Luís Medina Vieira, ambos da Universidade do Porto; António José Murinello de Sousa Guerreiro, da Universidade Nova de Lisboa; António Manuel Pinto do Amaral Coutinho, Rui Manuel Martins Victorino e Jacinto Manuel de Melo Oliveira Monteiro, todos da Universidade de Lisboa. ■

Doenças do Tecido Conjuntivo: Curso *on-line* EULAR

Encontram-se abertas as inscrições para o curso on-line sobre Doenças do Tecido Conjuntivo, organizado pela EULAR. O curso é constituído por 16 módulos relacionados com imunologia e doenças sistémicas autoimunes, como o Lúpus Eritematoso Sistémico, a esclerodermia e as vasculites. É destinado não só a reumatologistas, mas também a internistas, nefrologistas, dermatologistas, neurologistas, pneumologistas e imunologistas.

O valor de inscrição é de 250 Euros. Os especialistas de países cujo rendimento per capita é inferior a 10.000 dólares anuais pagam apenas 100 euros.

O curso começa no próximo dia 20 de Setembro e tem a duração de um ano académico. As inscrições deverão ser feitas através do site da EULAR, em www.eular.org. ■

Foi no dia 23 de Fevereiro, na Ordem dos Médicos

Emoção na homenagem a Viana de Queiroz

"Não vou desaparecer. Vou andar por aí." Foi assim que, em tom alegre e muito emocionado, Mário Viana de Queiroz se despediu de 44 anos ao serviço do Hospital de Santa Maria e da Faculdade de Medicina de Lisboa

É, incontornavelmente, uma das maiores figuras da reumatologia portuguesa. Por isso mesmo, colegas, amigos e discípulos quiseram prestar uma homenagem especial a Mário Viana de Queiroz, na sequência da sua aposentação. A festa, organizada por José Alberto Pereira da Silva, João Eurico da Fonseca e Helena Canhão, decorreu na sede da Ordem dos Médicos, no passado dia 23 de Fevereiro.

"Foi sempre o defensor da reumatologia portuguesa", afirmou José Alberto Pereira da Silva, o primeiro de seis personalidades que tiveram oportunidade de falar sobre Viana de Queiroz a um auditório com várias dezenas de pessoas. José Alberto Pereira da Silva, que substitui Viana de Queiroz em alguma das suas funções, recordou os 33 anos de convivência com o seu mentor, ao mesmo tempo que apresentou um resumo da biografia deste especialista que fez parte do primeiro grupo de reumatologistas por consenso. Pereira da Silva enalteceu a capacidade de aventura, emoção e visão daquele que conseguiu colocar a Reumatologia nas páginas dos jornais nas décadas de 1970 e 1980, realçando também a faceta de escritor científico: Viana de Queiroz publicou mais de 800 artigos e cerca de 30 livros. A sua obra valeu-lhe 25 prémios.

José Alberto Pereira da Silva

> Foi um ávido defensor da Reumatologia Portuguesa. O Prof. Viana de Queiroz não se limitava a criar, divulgava, ia para a frente dos meios de comunicação social, participava em todos os fóruns, em todas as conferências, para estimular as autoridades a reagir.

O cardiologista Fernando Pádua, um das figuras decisivas na implementação da Reumatologia em Portugal, foi uma presença que emocionou particularmente Viana de Queiroz. Pádua recordou os momentos de repulsa que, na altura, existia pela Reumatologia e a luta da especialidade pela sua afirmação.

A segunda parte da homenagem incluiu testemunhos de novos serviços, cujos directores foram alunos ou trabalharam no serviço de Viana de Queiroz: José Canas da Silva, director do Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta, em Almada; Jaime Branco, director do Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental e Guilherme Figueiredo, director do Serviço de Reumatologia do Hospital do Divino Espírito Santo, em Ponta Delgada.

Mário Viana de Queiroz foi o grande responsável pela abertura da Reumatologia ao exterior, facto comprovado no discurso do reumatologista brasileiro Rubem Lederman, que encerrou os testemunhos de homenagem, recordando a forma como Viana de Queiroz, enquanto presidente do Colégio Ibero-Americano de Reumatologia, conseguiu juntar reumatologistas de Cuba, El Salvador, Costa Rica e doutros países habitualmente arredados dos eventos científicos da especialidade.

No final, Viana de Queiroz não conseguia conter a emoção. Em tom humorístico, frisou que deixa o Hospital de Santa Maria com uma satisfação de dever cumprido e de consciência tranquila. "Estou satisfeito comigo, com os outros e com o mundo em geral", concluiu, não sem antes explicar porque optou por se reformar dois anos antes do limite, após 44 anos a exercer Medicina: "Saio no meu próprio pé e porque quero. Nunca gostei de ser empurrado". ■

Fernando Pádua

> Foi o Viana de Queiroz que me mostrou o que era a Reumatologia. Na primeira vez que o ouvi, fiquei entusiasmadíssimo com o homem, com a sua maneira de transmitir os conhecimentos.

Rubem Lederman

> Enquanto presidente do Colégio Ibero-Americano de Reumatologia, Viana de Queiroz fez o que ninguém fez: levou o "ibero-americano" para a América Central. É o grande responsável pela irmandade que existe hoje entre Brasil e Portugal.

personalized genetic health

Cerezyme® imiglucerase

Fabrazyme® agalsidase beta

Myozyme® (alglucosidase alfa)

ALDURAZYME® (LARONIDASE)

SYNVISC® ONE™ HYLAN G-F 20

PT/PGH/001/2010 – 05 de Março 2010

genzyme

Eventos nacionais

XII Jornadas Internacionais de Reumatologia Pediátrica

Presidente: Dr. J. A. Melo Gomes

Local: Hotel Olissipo, Parque das Nações, Lisboa

Data: 13 a 14 de Maio de 2010

Mais informações: www.spreumatologia.pt

V Jornadas do Ombro e Cotovelo

Organização: Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia

Local: Matosinhos

Data: 14 a 15 de Maio de 2010

Mais informações: www.spot.pt

3e Initiative 2010 – "Pain Management by Pharmacoterapy in Rheumatic Conditions"

Coordenador da Reunião: Prof. Doutor Jaime Branco

Local: Hotel Miragem, Cascais

Data: 08 a 09 de Outubro de 2010

Mais informações: www.spreumatologia.pt

XIII Fórum de Apoio ao Doente Reumático

Organização: LPCDR - Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas

Local: Portugal *(a designar)*

Data: 08 a 09 de Outubro de 2010

Mais informações: www.lpcdr.org.pt

XXXI Curso de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC)

Organização: Serviço de Reumatologia dos HUC

Local: Auditório dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Data: 22 a 23 de Outubro de 2010

XVIII Jornadas Internacionais do Instituto Português de Reumatologia

Organização: IPR – Instituto Português de Reumatologia

Local: Centro de Congressos de Lisboa

Data: 09 a 10 de Dezembro de 2010

Mais informações: www.ipr.pt

Eventos internacionais

PANLAR 2010 – XVI Panamerican Congress of Rheumatology

Organização: Sociedade Chilena de Reumatologia

Local: Santiago, Chile

Data: 25 a 28 de Abril de 2010

Mais informações: www.panlarchile2010.cl

IOF World Congress on Osteoporosis & 10th European Congress on Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis

Organização: IOF e ECCEO

Local: Florença, Itália

Data: 05 a 08 de Maio de 2010

Mais informações: www.iofwco-ecceo10.org

7th International Congress on Autoimmunity

Local: Ljubljana, Eslovénia

Data: 05 a 09 de Maio de 2010

Mais informações: www2.kenes.com/autoimmunity2010

XXXVI Congreso Nacional de la SER

Organização: Sociedade Española de Reumatología

Local: Tarragona, Espanha

Data: 16 a 19 de Junho de 2010

Mais informações: www.ser.es

EULAR 2010

Organização: European League Against Rheumatism

Local: Roma, Itália

Data: 16 a 19 de Junho de 2010

Mais informações: www.eular.org

9th International Congress on Systemic Erythematosus Lupus

Organização: Lupus Foundation of America

Local: Vancouver, Canadá

Data: 23 a 27 de Junho de 2010

Mais informações: www.lupus2010.com

CELEBREX®
(CELECOXIB)

Confie na evidência

Pfizer

Laboratórios Pfizer, Lda.
Lagoas Park, Edifício 10, 2740-271 PORTO SALVO Capital Social: Euros 50.438.000,00 Conserv. Reg. Com. Cascais - Matrícula NR 16 685
www.pfizer.pt

NOME DO MEDICAMENTO CELEBREX. **COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA** Cada cápsula contém 100 mg ou 200 mg de celecoxib. Contem lactose. **FORMA FARMACÊUTICA** Cápsula. **INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS** Alívio sintomático no tratamento da osteoartrose, da artrite reumatóide e da espondilite anquilosante. A decisão de prescrever um inibidor selectivo da COX-2 deve basear-se na avaliação global dos riscos individuais do doente. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO** Uma vez que o risco cardiovascular relacionado com a utilização de celecoxib pode aumentar com a dose e a duração da exposição, deverá usar-se a menor dose diária eficaz, na menor duração possível. Devem ser reavaliadas periodicamente a necessidade de alívio sintomático e a resposta do doente à terapêutica, especialmente em doentes com osteoartrose. Na ausência de benefício terapêutico após 2 semanas de tratamento, deverão ser consideradas outras alternativas terapêuticas. A dose máxima recomendada é de 400 mg por dia para todas as indicações. *Osteoartrose*: A dose diária habitualmente recomendada é de 200 mg, em toma única diária ou dividida em duas tomas. O aumento da dose para 200 mg duas vezes ao dia poderá aumentar a eficácia. Na ausência de benefício terapêutico após 2 semanas de tratamento, deverão ser consideradas outras alternativas terapêuticas. *Artrite Reumatóide*: A dose inicial diária recomendada é de 200 mg divididos em duas tomas diárias. Se necessário, a dose poderá ser aumentada para 200 mg, duas vezes ao dia. *Espondilite anquilosante*: A dose diária habitualmente recomendada é de 200 mg em toma única diária ou dividida em duas tomas. Em alguns doentes para quem o alívio dos sintomas tenha sido insuficiente, o aumento da dose para 400 mg, em toma única diária ou dividida em duas tomas poderá aumentar a eficácia. CELEBREX pode ser tomado com ou sem alimentos. *Idosos (idade superior a 65 anos)*: Idêntica à dos adultos. Dever-se-á ter particular atenção no caso de idosos com um peso corporal inferior a 50 kg. *Insuficiência hepática*: O tratamento deverá ser iniciado com metade da dose recomendada em doentes com insuficiência hepática moderada (com albumina sérica de 25 a 35 g/l). A experiência clínica nestes doentes limita-se a doentes com cirrose. *Insuficiência renal*: A experiência clínica com celecoxib em doentes com insuficiência renal ligeira ou moderada é limitada; desta forma, estes doentes devem ser seguidos cuidadosamente. *Crianças*: A utilização de celecoxib não está indicada em crianças. *Metabolizadores fracos do CYP2C9*: A administração de celecoxib em doentes que sejam, ou se suspeite serem, metabolizadores fracos CYP2C9, deve ser efectuada com precaução. Deve ser considerada a redução da dose para metade da dose mais baixa recomendada. **CONTRA-INDICAÇÕES** História de hipersensibilidade à substância activa ou a qualquer dos excipientes. Hipersensibilidade conhecida às sulfonamidas. Úlcera péptica activa ou hemorragia gastrointestinal. Doentes com antecedentes de asma, rinite aguda, pólipos nasais, edema angioneurótico, urticária ou outras reacções de tipo alérgico após ingestão de ácido acetilsalicílico ou AINEs, incluindo inibidores da COX-2 (ciclo-oxigenase-2). Gravidez e mulheres em idade fértil a não ser que utilizem um método contraceptivo adequado. Aleitamento. Insuficiência hepática grave (albumina sérica < 25 g/l ou Child-Pugh ≥ 10). Doentes com depuração da creatinina estimada <30 ml/min. Doença intestinal inflamatória. Insuficiência cardíaca congestiva (NYHA II-IV). Doença isquemica cardíaca, doença arterial periférica e/ou doença cerebrovascular estabelecidas. **EFEITOS INDESEJÁVEIS:** As reacções adversas notificadas em ensaios clínicos com celecoxib e experiência de farmacovigilância foram classificadas como: **Muito frequentes(≥1/10):** Hipertensão. **Frequentes (≥1/100 a <1/10):** sinusite, infecção do tracto respiratório superior, infecção do tracto urinário, agravamento da alergia, insónia, tonturas, hipertonia, enfarte do miocárdio, faringite, rinite, tosse, dispneia, dor abdominal, diarreia, dispepsia, flatulência, vómitos, disfagia, erupção cutânea, prurido, sintomas semelhantes aos da gripe, edema periférico/ retenção de líquidos. **Pouco frequentes (≥1/1000 a <1/100):** anemia, ansiedade, depressão, cansaço, hipercalemia, parestesia, sonolência, enfarte cerebral, vertigo, turva, acufenos, hipoacusia, insuficiência cardíaca, palpitações, taquicardia, agravamento de hipertensão pré-existente, obstipação, enoctação, gastrite, estomatite, agravamento da inflamação gastrointestinal, alteração da função hepática, aumento da SGOT e SGPT, urticária, câibras nas pernas, aumento da creatinina, aumento do BUN. **Raras (≥1/10 000 a <1/1000):** leucopenia, trombocitopenia, confusão, ataxia, alteração do paladar, ulceração duodenal, gástrica, esofágica, intestinal e do cólon; perfuração intestinal, esofagite, melenas, pancreatite, elevação das enzimas hepáticas, alopecia, fotossensibilidade. **Frequência desconhecida** (experiência pós-comercialização): punctopenia, reacções alérgicas graves, choque anafiláctico, anafilaxia, alucinações, cefaleias, agravamento da epilepsia, meningite assética, ageusia, anosmia, hemorragia intracraniana fatal, conjuntivite, hemorragia ocular, oclusão da veia ou artéria da retina, arritmia, rubor, vasculite, broncospasmo, náuseas, hemorragia gastrointestinal, colite/agravamento da colite, insuficiência hepática por vezes fatal ou requerendo transplante hepáticos, hepatite fulminante (por vezes fatal), necrose hepática, hepatite, icterícia, agamaglobulinemia, erupção bolhosa, dermatite exfoliativa, eritema multiforme, síndroma de Stevens-Johnson, necrólise epidérmica tóxica, angioedema, pustulose exantemática aguda generalizada, artralgia, mioste, insuficiência renal aguda, nefrite intersticial, hiponatremia, alterações menstruais SOE. Adicionalmente, em ensaios de prevenção de pólipos (ensaios APC e PreSAP) foram notificados os seguintes efeitos indesejáveis: **Comuns:** angina de peito, síndroma do intestino irritável, nefrolitíase, aumento da creatinina sérica, hiperplasia benigna da próstata, aumento de peso. **Pouco frequentes:** infecção por *helicobacter*, *herpes zoster*, erisipelas, bronconeumonia, labirintite, infecção gengival, lipoma, moscas volantes, hemorragia conjuntival, trombose venosa profunda, disfonia, hemorragia hemorroidal, movimentos frequentes do intestino, ulceração da boca, dermatite alérgica, quistos sinoviais, nictúria, hemorragia vaginal, sensibilidade mamária, fractura dos membros inferiores, aumento da concentração de sódio no sangue. **DATA DA REVISÃO DO TEXTO** Agosto 2009. Medicamento Sujeito a Receita Médica. Comparticipação: 69% (Regime Geral) ou 84% (Regime Especial). Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado.

CCDS/CEL/13.0

7 ABRIL

10h00 - 13h00 — SALA 3
CURSO PRÉ-CONGRESSO: **Ecografia do Aparelho Locomotor**
Moderadores: ***Margarida Oliveira*** *(CHCB-Covilhã)*
Graça Sequeira *(HDF-Faro)*
Patrocínio: ABBOTT IMMUNOLOGY

14h00 - 17h00 — SALA 2
CURSO PRÉ-CONGRESSO: **Imunologia Clínica**
Moderador: ***João Eurico da Fonseca*** *(HSM-Lisboa)*
Palestrantes: ***Luís Graça*** *(FMUL-Lisboa)*
Marta Monteiro *(FMUL-Lisboa)*
Patrocínio: BRISTOL-MYERS SQUIBB

17h00 - 18h00 — SALA 1
Simpósio NOVARTIS:
Controvérsias Quantidade/Qualidade do Osso e Dados da Eficácia dos fármacos anti-osteoporóticos mais utilizados
Rui André *(HMP-Lisboa)*
Melo Gomes *(IPR-Lisboa)*

18h00 - 19h00 — SALA 1
Simpósio PFIZER:
Simpósio Dor
Moderador: ***Rui André*** *(HMP-Lisboa)*
Complicações GI associadas a AINE's
Palestrante: ***Luis Maurício*** *(HDES-Ponta Delgada)*
Dor Neuropática na Reumatologia
Palestrante: ***Luis Cunha Miranda*** *(IPR-Lisboa)*

19h30 - 20h30 — SALA 1
Cerimónia de Abertura
Reuméritus

8 ABRIL

08h30 - 09h00 — POSTERS

09h00 - 10h30 — SALA 1
Mesa Redonda: **Artrite Reumatóide**
Moderadores: ***João Eurico da Fonseca*** *(HSM-Lisboa)*
Miguel Bernardes *(HSJ-Porto)*
Palestrantes: ***Thomas Huizinga*** *(LUMC-Holanda)*
Juan J. Gomez-Reino *(HPO-Espanha)*
Patrocínio: ROCHE

SALA 2
Mesa Redonda: **Associações de Doentes**
Moderadores: ***António Vilar*** *(IPR-Lisboa)*
Irene Domingues *(LPCDR-Lisboa)*
Palestrantes: ***Mariana Pinote*** *(ANDAI-Lisboa)*
Rosa Maria Gonçalves *(LUPUS-Lisboa)*
Rui Galamba *(MYOS-Madeira)*
Arsisete Saraiva *(ANDAR-Lisboa)*
Isabel Ferreira *(APOROS-Lisboa)*
Justino Romão *(ANDA-Gerais)*
Clare Jacklin *(NRAS-Inglaterra)*
Irene Domingues *(LPCDR-Lisboa)*

10h30 - 11h00 — INTERVALO
Apresentação do Estudo sobre Acesso às Terapêuticas Inovadoras na Artrite Reumatóide - Portugal no Contexto Europeu
Gisela Kobelt *(IK-Suécia)*

11h00 - 11h45 — SALA 1
Sessão Plenária I
Moderador: ***José António Pereira da Silva*** *(HUC-Coimbra)*
Palestrante: ***Michael Doherty*** *(CH-Inglaterra)*
Patrocínio: MSD

11h45 - 13h15 — SALA 1
Revisão do Ano:
Ciência Básica
Palestrantes: ***Helena Canhão*** *(HSM-Lisboa)*
Maria José Leandro *(UCL-Inglaterra)*
Ciência Clínica
Palestrantes: ***Armando Malcata*** *(HUC-Coimbra)*
Maria João Salvador *(HUC-Coimbra)*
Patrocínio: PIERRE FABRE

13h15 - 14h00 — ALMOÇO
Simpósio MSD:
Artrite Reumatóide - Como Optimizar a Experiência de Doentes em Terapêutica Biológica
Moderador: ***J. Canas da Silva*** *(HGO-Almada)*
Palestrante: ***Andrew Keat*** *(NPH-Inglaterra)*

14h00 - 14h30 — POSTERS

14h30 - 16h00 — SALA 1
Mesa Redonda: **Avanços Terapêuticos**
Moderadores: ***J. Canas da Silva*** *(HGO-Almada)*
Guilherme Figueiredo *(HDES-Ponta Delgada)*
Palestrantes: ***Lucien Aarden*** *(AMC-Holanda)*
António Cartucho *(HCD-Lisboa)*
Patrocínio: ROCHE

DIRECÇÃO DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE REUMATOLOGIA

Presidente
Dr. Rui André
Vice-Presidentes
Dra. Viviana Tavares
Dr. Rui Leitão
Secretária-Geral
Dra. Patrícia Nero
Secretária-Geral Adjunta
Prof. Dra. Helena Canhão
Tesoureira
Dra. Lúcia Costa
Vogal Região Norte
Dr. Filipe Brandão
Vogal Região Centro
Dra. Margarida Oliveira
Vogal Região Sul
Dra. Graça Sequeira
Vogal Regiões Autónomas
Dr. Ricardo Figueira
Presidente Eleito
Dr. Luís Maurício

COMISSÃO ORGANIZADORA LOCAL

Dr. Alberto Quintal
Dr. Herberto Jesus
Dr. Mário Rodrigues
Dr. Ricardo Figueira

14h30 - 16h00 — SALA 2
Mesa Redonda: **Década do Osso e da Articulação**
Moderadores: ***José Neves*** (Presidente da SPOT)
Jorge Lains (Presidente da SPMFR)
Rui André (Presidente da SPR)
Palestrantes: ***Pedro Lourenço*** (CHVN-Vila Nova de Gaia)
Filipe Antunes (HB-Braga)
Fernando Costa Dias (HM-Lisboa)
Patrocínio: SERVIER

16h00 - 16h30 — INTERVALO
Apresentação de dados dos Registos Nacionais das Doenças Reumáticas da SPR
CCRN

16h30 - 18h00 — SALA 1
Mesa Redonda: **Osteoporose**
Moderadores: ***Viviana Tavares*** *(HGO-Almada)*
José Carlos Romeu *(HSM-Lisboa)*
Palestrantes: ***Helena Canhão*** *(HSM-Lisboa)*
Viviana Tavares *(HGO-Almada)*
Patrocínio: AMGEN

SALA 2
Encontro com Especialista:
Imagiologia Básica do Aparelho Locomotor
Palestrantes: ***Paulo Monteiro*** *(HST-Viseu)*
Margarida Oliveira *(CHCB-Covilhã)*
Patrocínio: ABBOTT IMMUNOLOGY

SALA 3
Encontro com Especialista:
Reumatismos Peri-articulares mais frequentes
Palestrantes: ***Sandra Falcão*** *(HEM-Lisboa)*
Ana Filipa Mourão *(HEM-Lisboa)*
Patrocínio: LUSO-MEDICAMENTA

18h00 - 19h00 — SALA 1
Simpósio ABBOTT:
Novos conceitos nas Espondilartropatias
Palestrantes: ***Helena Canhão*** *(HSM-Lisboa)*
Maxime Dougados *(GHC-França)*

19h00 - 20h00 — SALA 1
Simpósio ROCHE:
Rituximab no tratamento da Artrite Reumatóide: optimizar os resultados na prática clínica
Moderador: ***João Eurico Fonseca*** *(HSM-Lisboa)*
Palestrantes: ***João Eurico Fonseca*** *(HSM-Lisboa)*
Jaime Branco *(HEM-Lisboa)*
Juan J. Gomez-Reino *(HCU-Espanha)*

9 ABRIL

08h30 - 09h00 POSTERS

09h00 - 10h30 SALA 1

Mesa Redonda: **Osteoartrose**

Moderadores: ***Augusto Faustino*** *(IPR-Lisboa)*
José Alberto Pereira da Silva *(HSM-Lisboa)*
Palestrantes: ***Gabriel Herrero-Beaumont*** *(UA-Espanha)*
João Salgueiro *(HSFX-Lisboa)*
Patrocínio: BIOSAÚDE

SALA 2

Mesa Redonda: **Interface com Clínica Geral**

Moderadores: ***João Sequeiro Carlos*** *(FIL-Lisboa)*
Jaime C. Branco *(HEM-Lisboa)*
Palestrantes: ***Maria Manuela Costa*** *(HSM-Lisboa)*
Sandra Falcão *(HEM-Lisboa)*
Rui Almeida *(CSCL-Madeira)*
Clara Fonseca *(CSBC,ACES-Gaia)*
Ana Rita Cravo *(HDF-Faro)*
Patrocínio: NOVARTIS

10h30 - 11h00 INTERVALO

Apresentação do estudo Epidemiológico das Doenças Reumáticas em Portugal: Projecto Presente
PNCDR & SPR

11h00 - 11h45 **Sessão Plenária II**

Moderador: ***João Eurico Fonseca*** *(HSM-Lisboa)*
Palestrante: ***Maria do Carmo Fonseca*** *(FMUL-Lisboa)*

11h45 - 12h00 INTERVALO

12h00 - 13h00 **Simpósio** ROCHE:
Tocilizumab: Novo Caminho para a Remissão na AR

Moderador: ***José António Pereira da Silva*** *(HUC-Coimbra)*
Palestrantes: ***José António Pereira da Silva*** *(HUC-Coimbra)*
José Canas da Silva *(HGO-Almada)*
Jose M. Alvaro Gracia *(HP-Espanha)*

13h00 - 14h00 ALMOÇO

14h00 - 14h30 POSTERS

14h30 - 16h00 SALA 1

Mesa Redonda: **Espondilartrites**

Moderadores: ***Anabela Barcelos*** *(HDP-Aveiro)*
Fernando Pimentel dos Santos *(HEM-Lisboa)*
Palestrantes: ***Fernando Pimentel dos Santos*** *(HEM-Lisboa)*
Maxime Breban *(GHC-Paris)*
Patrocínio: ABBOTT IMMUNOLOGY

14h30 - 16h00 SALA 2

Mesa Redonda: **Interface com Medicina Interna**

Moderadores: ***Alberto Quintal*** *(CHF-Funchal)*
Mário Rodrigues *(CHF-Funchal)*
Palestrantes: ***José Manuel Silva*** *(HUC-Coimbra)*
Carlos Vasconcelos *(HSA-Porto)*
Maria José Santos *(HGO-Almada)*
Patrocínio: PFIZER

16h00 - 16h30 INTERVALO

16h30 - 18h00 SALA 1

Mesa Redonda: **Reumatologia Pediátrica**

Moderadores: ***José Melo Gomes*** *(IPR-Lisboa)*
Maria José Vieira *(CHMA-Famalicão)*
Palestrantes: ***José Melo Gomes*** *(IPR-Lisboa)*
Marco Gattorno *(UG-Itália)*

SALA 2

Encontro com Especialista: **Artrite Inicial**

Palestrantes: ***Mónica Bogas*** *(ULSAM-Ponte de Lima)*
Luis Inês *(HUC-Coimbra)*
Cátia Duarte *(HUC-Coimbra)*
Patrocínio: MEDINFAR

SALA 3

Encontro com Especialista: **Lombalgia**

Palestrantes: ***Rui Leitão*** *(IPR-Lisboa)*
António Alves de Matos *(HEM-Lisboa)*
Patrocínio: BIOSAÚDE

18h00 - 19h00 SALA 1

Simpósio ABBOTT
Treat to Target in Rheumatoid Arthritis

Palestrantes: ***João Eurico Fonseca*** *(HSM-Lisboa)*
José António Pereira da Silva *(HUC-Coimbra)*

19h00 - 20h00 SALA 1

Simpósio SERVIER

20h30 SESSÃO CULTURAL . JANTAR DO CONGRESSO

10 ABRIL

08h30 - 09h00 POSTERS

09h00 - 10h30 SALA 1

Mesa Redonda: **Doenças Reumáticas Sistémicas**

Moderadores: ***Paulo Coelho*** *(IPR-Lisboa)*
Maria José Santos *(HGO-Almada)*
Palestrantes: ***Antonio Gonzalez*** *(HCUS-Espanha)*
Isabel Abreu *(FCMUNL-Lisboa)*
Patrocínio: ACTELION

SALA 2

Mesa Redonda: **Profissionais de Saúde não Médicos**

Moderadores: ***Lúcia Costa*** *(ULSAM-Ponte de Lima)*
José Félix *(HMP-Lisboa)*
Palestrantes: ***Iolanda Barbosa*** *(HCB-Ponte de Lima)*
Ana Sofia Rodrigues Gomes *(ANEA-Oeiras)*

SALA 3

Encontro com Especialista:
Acompanhamento do Doente Reumático

Palestrantes: ***Maria do Carmo Afonso*** *(ULSAM-Ponte de Lima)*
Sérgio Alcino *(ULSAM-Ponte de Lima)*

10h30 - 11h00 INTERVALO

11h00 - 12h30 SALA 1

Simpósio **Prof. Doutor Mário Viana de Queiroz**

Moderadores: ***Rui André*** *(HMP-Lisboa)*
Luis Maurício *(HDES-Ponta Delgada)*
Mário Viana de Queiroz *(HSM-Lisboa)*
Palestrantes: ***Rosario Garcia de Vicuña*** *(SER-Espanha)*
Iedo Laurindo *(SBR-Brasil)*
Rui André *(HMP-Lisboa)*
Patrocínio: PFIZER

12h30 - 13h00 **Resumo do Congresso**

Palestrantes: ***José António Pereira da Silva*** *(HUC-Coimbra)*
Jaime C. Branco *(HEM-Lisboa)*

13h00 ENCERRAMENTO

13h30 ASSEMBLEIA GERAL

COMISSÃO CIENTÍFICA:

Drª. Anabela Barcelos
Prof. Dr. Carlos Vaz
Drª. Graça Sequeira
Dr. Guilherme Figueiredo
Profª. Drª. Helena Canhão
Prof. Dr. Jaime Branco
Prof. Dr. João E. Fonseca
Dr. José Canas Silva
Dr. José Vaz Patto
Drª. Margarida Oliveira
Drª. Margarida Cruz
Drª. Patrícia Pinto
Drª.Paula Valente
Dr. Paulo Monteiro
Dr. Rui André

PATROCÍNIOS

PRESTÍGIO

Abbott Immunology
Roche

MAJOR

MSD
NOVARTIS
Pfizer
SERVIER

OUTROS APOIOS

ACTELION
AMGEN
Bial
BIOSAÚDE
Bristol-Myers Squibb
genzyme
GRUNENTHAL
MEDICAMENTA
GRUPO MEDINFAR
NYCOMED
Pierre Fabre Medicament
ROTTAPHARM | MADAUS
tecnifar
ucb

Funchal: roteiros culturais

Embora seja o clima, o golfe e as riquezas naturais que atraem milhares de turistas ao Funchal, desta vez traçamos-lhe o mapa cultural da cidade através de dois roteiros. Também eles fervilhantes

Florestas luxuriantes, túneis e levadas, cenários verde-esmeralda… A beleza natural da Região Autónoma da Madeira parece abraçar-nos das formas mais surpreendentes e é um convite para visitá-la todas as épocas do ano. E é apenas pela imponência da Natureza que o património e as iniciativas culturais, em especial no Funchal, são muitas vezes relegadas para segundo plano.

A cultura tem sido, aliás, um dos aspectos fundamentais da actual presidência da Câmara Municipal do Funchal. Projectos internacionais, como o Funchal Jazz Festival, instituído em 2000, ou a criação de roteiros culturais, no âmbito da Culturreg, são medidas que têm feito crescer outro tipo de turismo. Estes últimos são instrumentos essenciais para explorar os bens culturais da cidade do Funchal. Escolhemos os dois melhores para si.

> A cultura tem sido um dos aspectos fundamentais da actual presidência da Câmara Municipal do Funchal

"A Música pela Cidade"

Este roteiro cultural pretende levar os visitantes a conhecerem a cidade através da música, evocada pela representação de tocadores e instrumentos musicais em muitas decorações dos edifícios da cidade. Comece por visitar a Capela do Corpo Santo, no largo com o mesmo nome. É uma estrutura gótica dos finais do século XV com telas maneiristas resultantes de alterações efectuadas à capela no século XVII. No altar-mor, podem ser encontradas várias dedicadas à temática musical. Siga depois para a Sé do Funchal, na rua do Aljube: nesta catedral, a temática da música manifesta-se, por exemplo, nos azulejos barrocos, datados de 1732, e nos frisos dos tectos de alfarge.

Uns metros adiante, na rua do Bispo, encontra o Museu de Arte Sacra, depositário de uma colecção de pintura flamenga, escultura e ourivesaria do século XV ao XVIII. Os temas musicais podem ser observados em muitas dessas obras.

Também um pouco por toda a Igreja de São João Evangelista, na Praça do Município, é possível encontrar referências iconográficas de instrumentos musicais, com técnicas decorativas distintas e alusivas a diversas épocas.

O roteiro leva-nos, depois, ao antigo Palacete dos Barões de São Pedro, que constitui um exemplo da decoração com estuque introduzida pelos ingleses na Madeira. Liras, trombetas, violinos e harpas em relevo ornamentam as paredes e os tectos.

Segue-se o Museu da Quinta das Cruzes, composto essencialmente por um espólio de artes decorativas, cujos motivos iconográficos incluem os musicais. Uns metros adiante, deparamo-nos com o Mosteiro de Santa Clara, onde podem ser encontrados elementos musicais representativos do século XVII.

O roteiro "Música pela Cidade" acaba com dois edifícios emblemáticos: a Casa-Museu Frederico de Freitas, na Calçada de Santa Clara, detentora de um eclético espólio composto por centenas de peças provenientes de diferentes formas de arte, e o Teatro Municipal Baltazar Dias, uma das principais casas de actividades culturais madeirenses, onde a temática da música surge representada no tecto da biblioteca.

Capital com nome de erva

O Funchal deve o seu nome a uma erva bravia, com cheiro adocicado, conhecida por "funcho". Cidade desde 21 de Agosto de 1508, por Carta Régia de D. Manuel I, o seu quinto centenário foi comemorado em 2008 com um programa cultural elogiado internacionalmente.

A cidade foi a primeira a ser instituída nos domínios dos Descobrimentos. Pretendia-se com isso criar a sede de um vasto bispado que seria responsável pela conversão espiritual dos territórios das margens do Atlântico e do Índico, além de desenvolver a cultura do açúcar. O arquipélago da Madeira, descoberto em 1416, constituiu precisamente a primeira experiência de povoamento e exploração de terras até então nunca habitadas.

Nos finais do século XV, devido à exploração do açúcar, a Madeira tornou-se num centro internacional de negócios. Pelo porto do Funchal passaram então os agentes económicos da nova sociedade mercantil, entre os quais Cristóvão Colombo, que era, então, negociante de açúcar. Ao longo dos séculos XVI e XVII, a ilha da Madeira, através do porto do Funchal, conseguiu consolidar a sua posição estratégia e comercial, graças também a um novo produto – o vinho da Madeira. Nos séculos seguintes são atribuídas aos vinhos madeirenses qualidades terapêuticas que o tornam reconhecido mundialmente.

No século XIX, o Funchal passa a ser também local de chegada de muitas pessoas que pretendem usufruir do clima ameno da Madeira, famoso em toda a Europa, quer para veraneio quer para terapêutica de doenças pulmonares. Por lá passaram imperatrizes do Brasil, as arquiduquesas Leopoldina de Áustria e Amélia de Leuchetemberg, o príncipe Maximiliano Napoleão. No entanto, a figura mais marcante foi a princesa Isabel de Áustria, mais conhecida como a princesa Sissi, que elogiou várias vezes esta ilha. No final da II Guerra Mundial, tiveram início as primeiras carreiras aéreas regulares com carácter turístico.

"A cidade da descoberta"

Se pretende descobrir os resquícios do Funchal nos séculos XV e XVI, a viagem começa novamente na Capela do Corpo Santo, estende-se pelo centro histórico, onde se encontram portas e janelas de gosto manuelino, e passa pelo Museu de Arte Sacra até à Capela da Encarnação, situada na Calçada da Encarnação, um dos melhores exemplares de arquitectura gótica manuelina na região.

> Se pretende descobrir os resquícios do Funchal nos sécs. XV e XVI, a viagem começa novamente na Capela do Corpo Santo

A viagem pelos séculos XV e XVI continua pela Avenida Zarco, onde se situa a fortaleza de São Lourenço, considerada um dos melhores exemplares da fortificação portuguesa destes séculos, e pela antiga Alfândega, situada na Avenida do Mar, construída a mando de D. Manuel I. O roteiro acaba, naturalmente, na Sé do Funchal, a mais emblemática das obras do período manuelino na ilha. ■

O Funchal em Museus

Madeira Story Centre

É a atracção turística mais recente. Trata-se de um museu interactivo, que apresenta a história da Madeira, dos vulcões aos hidroaviões, do Infante D. Henrique a Napoleão. Os visitantes podem sentir os ambientes das diferentes épocas, além de admirar a ilha no terraço panorâmico multifuncional. O museu situa-se na zona velha do Funchal, em frente ao teleférico e está aberto ao público todos os dias, das 10h às 18h, exceptuando no feriado de Natal.

Museu de Arte Contemporânea

Instalado no Forte de São Tiago, este museu possui um acervo de arte contemporânea portuguesa desde os anos 60 até aos nossos dias, apresentando também exposições temporárias de vários artistas. Está aberto de Segunda a Sábado das 10h00 às 12h30 e das 14h00 às 17h30.

Museu de Arte Sacra

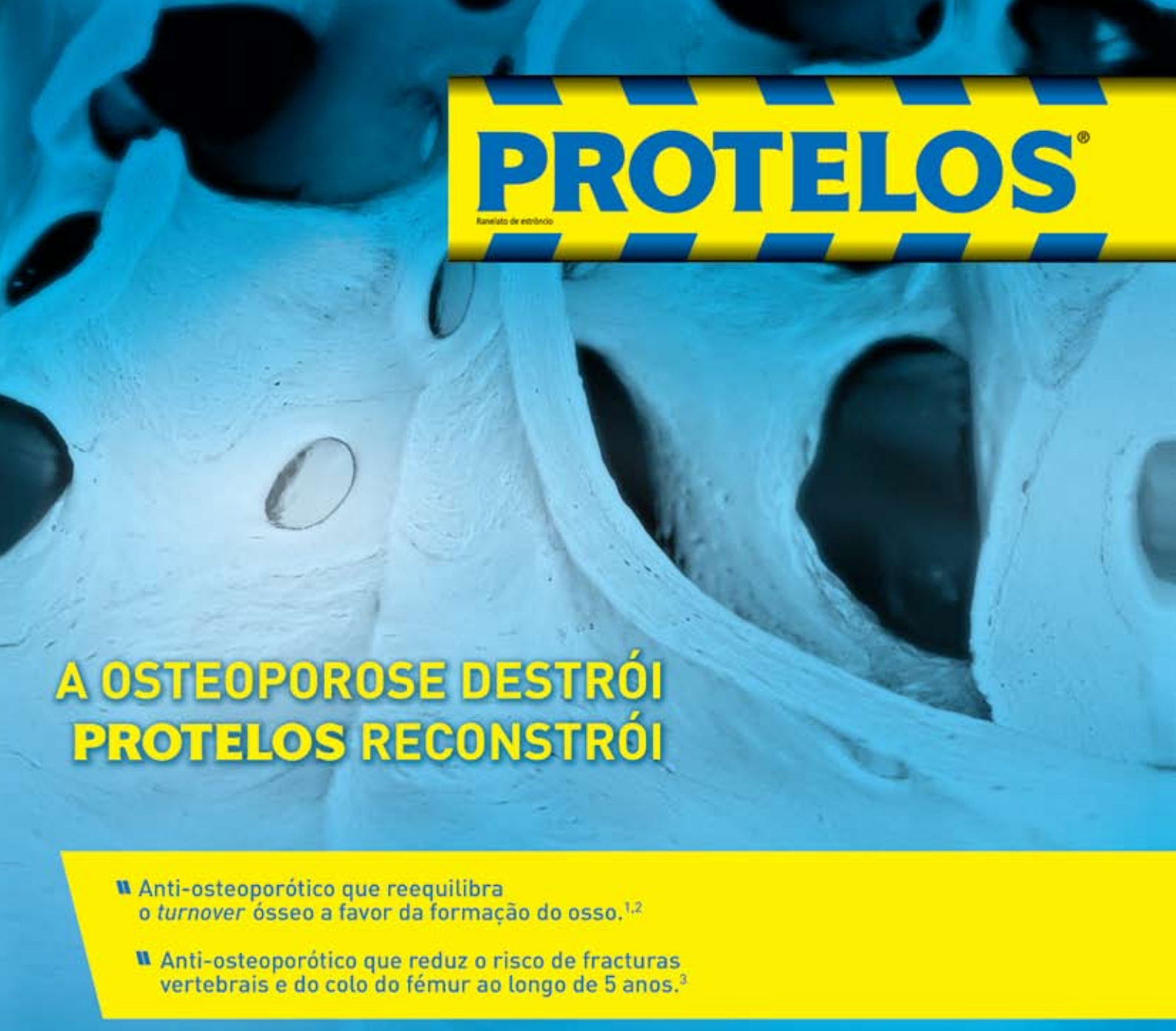
Este museu reúne um dos mais importantes núcleos de pintura flamenga, escultura religiosa e ourivesaria sacra dos séculos XVI a XVIII. Está situado na Rua do Bispo e está aberto, todo o dia, de Terça a Sábado, e ao Domingo de manhã.

Museu Henrique e Francisco Franco

É um museu dedicado exclusivamente ao estudo, conservação e exposição das obras dos irmãos Henrique e Francisco Franco, uma dupla de artistas madeirenses que deixou um legado ímpar para a arte portuguesa dos séculos XIX e XX.

Museu Monte Palace

O famoso jardim tropical do Monte Palace tem também um museu que alberga uma exposição permanente de esculturas africanas dos anos cinquenta incluindo obras de artistas de Tengenenge, como Henry Munyaradzi e Bernard Matemera. Pode ser visitado de Segunda a Sábado, das 10h00 às 16h30.



A OSTEOPOROSE DESTRÓI PROTELOS RECONSTRÓI

- Anti-osteoporótico que reequilibra o *turnover* ósseo a favor da formação do osso.[1,2]
- Anti-osteoporótico que reduz o risco de fracturas vertebrais e do colo do fémur ao longo de 5 anos.[3]

RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO: Denominação do Medicamento: PROTELOS 2 g granulado para suspensão oral. **Composição Qualitativa e Quantitativa:** Cada saqueta contém 2 g de ranelato de estrôncio. **Forma Farmacêutica:** Granulado para suspensão oral. Granulado amarelo. **Indicações terapêuticas:** Tratamento da osteoporose na mulher pós-menopáusica para redução do risco de fracturas vertebrais e do colo do fémur. **Posologia e modo de administração:** A dose recomendada é uma saqueta de 2 g, uma vez por dia, por via oral. Devido à natureza da doença tratada o ranelato de estrôncio destina-se a uso prolongado. A absorção do ranelato de estrôncio é reduzida pelos alimentos, leite e produtos derivados, portanto PROTELOS deve ser administrado no intervalo das refeições. Devido à lenta absorção, PROTELOS deve ser tomado à hora de deitar, preferencialmente pelo menos duas horas após a refeição. Os doentes tratados com ranelato de estrôncio devem receber suplemento de vitamina D e de cálcio se a dieta for inadequada. População idosa: A eficácia e segurança do ranelato de estrôncio foram estabelecidas num vasto leque etário (até 100 anos à inclusão) de mulheres pós-menopáusicas com osteoporose. Não é necessário ajuste da dose relacionado com a idade. Compromisso renal: O ranelato de estrôncio não é recomendado em doentes com compromisso renal grave (depuração de creatinina <30 ml/min). Não é necessário ajuste da dose em doentes com compromisso renal ligeiro a moderado (depuração da creatinina 30-70 ml/min). Compromisso hepático: Como o ranelato de estrôncio não é metabolizado, não é necessário ajuste da dose nos doentes com compromisso hepático. Utilização em crianças e adolescentes (com idade superior a 18 anos): PROTELOS não é recomendado para uso em crianças e adolescentes devido à ausência de dados de segurança e eficácia. O granulado nas saquetas tem de ser tomado como uma suspensão num copo de água. Embora os estudos de utilização tenham demonstrado que o ranelato de estrôncio é estável em suspensão durante 24 h após preparação, a suspensão deve ser tomada imediatamente após ter sido preparada. **Contra-indicações:** Hipersensibilidade à substância activa ou a qualquer um dos excipientes. **Advertências e precauções especiais de utilização:** De acordo com a boa prática clínica, recomenda-se a avaliação periódica da função renal nos doentes com compromisso renal crónico. A continuação do tratamento com PROTELOS em doentes que desenvolvam compromisso renal grave deve ser considerada numa base individual. PROTELOS deve ser usado com precaução em doentes com risco aumentado de TEV. Quando se tratarem doentes em risco ou com potencial risco de TEV, deve ser prestada particular atenção aos possíveis sinais e sintomas de TEV e tomar as medidas preventivas adequadas. Foram notificados casos graves de síndromes de hipersensibilidade, incluindo em particular, erupção cutânea medicamentosa com eosinofilia e sintomas sistémicos (DRESS), por vezes fatais, associados à utilização de PROTELOS. O tempo para a manifestação dos sintomas foi cerca de 3-6 semanas e na maioria dos casos resolvem-se favoravelmente com a descontinuação do tratamento com PROTELOS e após a iniciação da terapia com corticosteróides. A recuperação pode ser lenta e foram notificadas, em alguns casos, recidivas da síndrome após descontinuação da terapêutica com corticosteróides. As doentes devem ser informadas para parar imediata e permanentemente a toma de PROTELOS caso surja eritema e consultar o médico. As doentes que pararam o tratamento devido a reacções de hipersensibilidade ou outras reacções alérgicas graves não devem reiniciar a terapia com PROTELOS. O estrôncio interfere com os métodos colorimétricos para determinação das concentrações sanguíneas e urinárias de cálcio. Por isso, na prática clínica, a espectrometria de massa com plasma indutivamente acoplado ou a espectrometria de absorção atómica deverão ser os métodos usados para garantir uma determinação exacta das concentrações sanguíneas e urinárias de cálcio. PROTELOS contém uma fonte de fenilalanina, que pode ser prejudicial às pessoas com fenilcetonúria. **Interacções medicamentosas e outras formas de interacção:** Como os catiões bivalentes formam complexos com as tetraciclinas orais e quinolonas ao nível gastrointestinal reduzindo por isso a sua absorção, não é recomendável a administração simultânea de ranelato de estrôncio com estes medicamentos. Como medida de precaução, o tratamento com PROTELOS deve ser suspenso durante o tratamento com tetraciclinas orais ou quinolonas. Um estudo clínico de interacção in vivo, demonstrou que a administração de hidróxidos de alumínio e magnésio duas horas antes ou em simultâneo com o ranelato de estrôncio causou uma ligeira diminuição na absorção do ranelato de estrôncio (diminuição de 20-25% da AUC), enquanto que a absorção não foi praticamente afectada quando o antiácido foi tomado duas horas após o ranelato de estrôncio. Por isso, é preferível tomar os antiácidos pelo menos duas horas após PROTELOS. Não foi observada interacção com suplementos orais de vitamina D. **Efeitos indesejáveis:** PROTELOS foi estudado em ensaios clínicos que envolveram aproximadamente 8000 participantes. A segurança a longo prazo foi avaliada em mulheres pós-menopáusicas com osteoporose, tratadas até 60 meses com ranelato de estrôncio 2 g/dia (n=3.352) ou com placebo (n=3.317) em estudos de fase III. A idade média foi de 75 anos na inclusão e 23% das doentes incluídas tinham entre 80 e 100 anos de idade. Não existiram diferenças na natureza dos acontecimentos adversos entre os grupos de tratamento, independentemente da idade no momento da inclusão ser superior ou inferior a 80 anos. As taxas de incidência global das reacções adversas com o ranelato de estrôncio não diferiu do placebo, tendo sido normalmente ligeiras e transitórias. As reacções adversas mais frequentes foram a náusea e diarreia, que foram geralmente notificados no início do tratamento, sem que se observasse mais tarde uma diferença significativa entre os grupos. A descontinuação da terapêutica foi devido principalmente a náuseas (1,3% e 2,2% no grupo placebo e no grupo ranelato de estrôncio respectivamente). Durante os estudos de fase III, a incidência anual de tromboembolismo venoso (TEV) observada ao longo de 5 anos, foi aproximadamente de 0,7%, com um risco relativo de 1,4 (95% IC = [1,0; 2,0]) nas doentes tratadas com ranelato de estrôncio comparativamente com o placebo. Doenças do sistema nervoso: Frequentes: cefaleia (3,3% vs. 2,7%), alterações na consciência (2,6% vs. 2,1%), perda de memória (2,5% vs. 2,0%); Pouco frequentes: convulsões (0,4% vs 0,1%). Doenças gastrointestinais: Frequentes: náusea (7,1% vs. 4,6%), diarreia (7,0% vs. 5,0%), fezes pastosas (1,0% vs. 0,2%); Frequência desconhecida: vómitos, dores abdominais, irritação da mucosa oral (estomatites e/ou ulceração da boca). Afecções hepatobiliares: Frequência desconhecida: aumento das transaminases séricas (em associação com reacções de hipersensibilidade cutânea). Afecções dos tecidos cutâneos e subcutâneas: Frequentes: dermatite (2,3% vs. 2,0%), eczema (1,8% vs. 1,4%); Frequência desconhecida: reacções de hipersensibilidade cutânea (eritema, prurido, urticária, angioedema), síndromes de hipersensibilidade graves incluindo síndrome de Stevens-Johnson, necrólise epidérmica tóxica e DRESS. Afecções musculosqueléticas e dos tecidos conjuntivos: Frequência desconhecida: dor musculosquelética (espasmo muscular, mialgia, dor óssea, artralgia e dor nas extremidades. Vasculopatias: Frequentes: tromboembolismo venoso (TEV) (2,7% vs 1,9%). Perturbações gerais e alterações no local de administração: Frequência desconhecida: edema periférico, pirexia (em associação com reacções de hipersensibilidade cutânea). Perturbações do foro psiquiátrico: Frequência desconhecida: estado confusional. Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino: Frequência desconhecida: hiper-reactividade brônquica. Exames complementares de diagnóstico: Frequentes: aumento da creatinina quinase (CK) no sangue (1,4% vs 0,6%). Medicamento sujeito a receita médica (MSRM). **Regime de comparticipação:** Escalão B (RG: 69% - RE: 84%). *Para mais informações deverá contactar o representante do titular de AIM: Servier Portugal, Avenida António Augusto Aguiar, 128, 1069-133 Lisboa. Telefone 21 312 20 00.*

SERVIER PORTUGAL - Especialidades Farmacêuticas, Lda.
Av. António Augusto Aguiar, 128, 1069-133 LISBOA • Telefone 21 312 20 00 - Fax: 21 321 20 90

1 - Marie PJ, Ammann P, Boivin G, et al. *Calcif. Tissue Int.* 2001;69:121-129.
2 - RCM aprovado. **3** - Reginster JY, Felsenberg D, et al. *Arthritis&Rhum.* 2008;58(6):1687-1695

SERVIER

10PT504

Como ser romano em Roma?

Esqueça a viagem turística. Aproveite as folgas do Congresso da EULAR, em Junho, e desfrute da cidade de Roma como um verdadeiro romano

Roma é um dos destinos turísticos mais procurados, não só pela sua riqueza histórica imperial, cuja grandeza está marcada em cada esquina, como pela própria forma de ser e estar dos romanos, muito dedicados à cultura e à *dolce vita*. Contudo, se esta não é a sua primeira viagem à cidade ou se deseja vivenciá-la "por dentro", siga os nossos conselhos e encarne por uns dias o estilo dos romanos.

Desfrute da *Dolce Vita*

Os habitantes da cidade são os primeiros a encarnar o imaginário de *glamour* e da *dolce vita* de Roma. As esplanadas estão sempre animadas de pessoas com grandes óculos de sol pretos, que tomam cafés expressos como se fossem *shots* ou que demoram horas a almoçar. Depois, passeiam-se calmamente com um gelado, ignoram os fantásticos monumentos, concentrando-se nas atracções que as próprias ruas oferecem: as senhoras idosas com os melhores modelos de roupa *vintage*, os padres vestidos de seda púrpura, bege ou vermelha (incluindo as meias), as centenas de vespas e *scooters* que tentam contornar os engarrafamentos de trânsito… Sugestão: faça como eles.

> Os romanos são muito precisos quanto às suas necessidades de café

Peça *un cappuccino*

Os romanos são muito precisos quanto às suas necessidades de café. Se quer apenas um café normal, peça um *espresso*. Um café em chávena grande chama-se *caffè lungo* ou *caffè all' american*. Com um pouco de leite, a expressão é *caffè macchiato*. E, claro, os italianos adoram *cappuccino*, consumido geralmente ao pequeno-almoço. A receita tradicional contém um terço de café expresso, um terço de leite vaporizado e um terço de espuma de leite vaporizado.

Saboreie a cidade num cone

Os *gelatos* estão no topo das iguarias mais procuradas pelos próprios italianos, que deixam as geladarias de *franchising* para os turistas e se deliciam com as de *produzione propria* ou *artigianale*. Os sabores mais populares são *bacio* (mistura de chocolate e avelãs), *stracciatella* e *zenzero* e *cannella* (gengibre e canela). Os melhores locais para os provar são a *gelateria Giolitti*, no centro histórico da cidade, a poucos passos do Panteão, e *San Crispino*, ao pé da da Fontana de Trevi.

E se não quiser fazer-se passar por romano?

Se não tem interesse em adoptar os hábitos italianos enquanto está em Roma e o que deseja mesmo é visitar lugares que deixam os turistas de boca aberta, oferecemos-lhe a lista dos favoritos.

Fórum romano
Símbolo da Antiguidade Clássica, o fórum era o núcleo da civilização romana, o centro da vida política, jurídica e social da antiga Roma.

Pantheon *O panteão foi construído em dedicação aos deuses greco-romanos, só mais tarde se tornando um templo cristão.*

Capela Sistina *Localizada dentro do Vaticano, é famosa pela pintura do seu tecto, uma das principais obras de Miguel Ângelo.*

Basílica de São Pedro
Porta de entrada do Vaticano, a Basílica de São Pedro é a maior igreja do mundo e o maior centro de peregrinação do catolicismo. Foi erguida no local de enterro de São Pedro, fundador da Igreja Católica.

Tutti a tavola!

"Todos para a mesa" é uma expressão romana, com certeza. Em Roma, à semelhança de qualquer cidade italiana, vive-se para comer bem. Mas não pense que os romanos se alimentam à base de pizzas, *bruschettas* ou massas. Essas iguarias constituem, geralmente, o primeiro prato. A carne integra, em regra, o menu do segundo prato. Os romanos gostam, curiosamente, dos miúdos de animais: fígado, tripas e coração de carneiro, porco ou vaca. Não se assuste e experimente.

Vá ao MAXXI

Não há dúvida de que os romanos são amantes da arte contemporânea. É por essa razão que aguardam com enorme expectativa a abertura, em Maio, do MAXXI (Museo Nazionale delle Arti del XXI Sec), o primeiro museu nacional dedicado às artes e criatividade do séc. XXI. O projecto arquitectónico, com volumetrias fluídas, é da responsabilidade da iraquiana Zaha Hadid, reconhecida mundialmente pelos seus projectos conceptuais e desconstrutivistas, tendo sido a primeira mulher a ganhar o Prémio Pritzker, em 2004. O MAXXI fica na via Guido Reni, n.º 4, e merece a sua visita.

> Os romanos aguardam, com enorme expectativa, a abertura em Maio do MAXXI, o primeiro museu nacional dedicado às artes do Séc. XXI

Apanhe Sol na Villa Borghese

Aos primeiros raios de Sol, os romanos invadem os parques naturais da cidade, fazendo poses tão caricatas que mais não são do que tentativas para relaxar ou apanhar Sol em todas as partes do corpo. O mais concorrido é a Villa Borghese que, além de jardins majestosos, contém numerosos edifícios, museus e atracções, dos quais de destaca a Galleria Borghese, um museu que compreende esculturas e pinturas de Gian Lorenzo Bernini, Caravaggio, Leonardo da Vinci, Raffaello, Rubens, entre outros.

Peça desculpa em italiano

Os italianos são conhecidos pela sua resistência a outras línguas, incluindo o inglês, e têm um orgulho sem par na sua fonética cantante. Só o vai sentir, se tentar dizer o básico em italiano! Obrigado – *Grazie* | Não, obrigado – *No, grazie* Desculpe – *Scusami* | Com licença – *Permesso* Pode-me dizer…? – *Potrebbe dirmi…?* | O que é isso? – *Che cosè?* | Quanto custa? – *Quanto costa?* | Não compreendo – *Non capisco* | Não sei – *Non lo so* | Por favor – *Per favore.* ■

Fontana di Trevi
É a mais famosa fonte da cidade e considerada uma das mais belas do mundo. Foi projectada pelo arquitecto barroco Nicola Salvi e construída no século XVIII. Tem cerca de 26 metros de altura e 20 de largura. Siga a tradição: ponha-se de costas para a fonte e lance uma moeda enquanto pede um desejo.

Piazza di Spagna
É a praça mais famosa de Roma, construída em frente à escadaria da Igreja de Trinitá dei Monti. É actualmente local de concentração de jovens de toda a Europa.

Coliseu *É o ex-libris de Roma e o símbolo do império romano. Também conhecido como anfiteatro Flaviano, era originariamente capaz de albergar 50.000 pessoas.*

Arco de Constantino
O arco mais imponente de Roma foi construído em 315 d.c. para celebrar o décimo aniversário do reinado de Constantino e a vitória deste sobre Maxêncio na Batalha da Ponte Mílvio. A batalha está representada no lado direito do arco.

Na vida todos precisamos de referências

Ogasto® 30 mg

Lansoprazol original

Referência na classe dos IBPs, único sob a forma orodispersível.

Medicamenta®

Novamente uma referência na área da saúde.

Tal como o Sol e a Natureza são grandes referências para viver, a família é a nossa principal referência para crescer. Se no passado as estrelas serviram de referência para navegadores como Cristovão Colombo descobrirem novos mundos, no futuro a água será a principal referência como suporte à vida. A verdade é que todos precisamos de referências, em que possamos acreditar e confiar.
Faz parte de quem somos.

OGA-0709-026-AN

Takeda

MEDICAMENTA®

por si

Afecções hepatobiliares	Aumento das enzimas hepáticas		Hepatite, icterícia	
Afecções dos tecidos cutâneos e subcutâneos	Urticária, prurido, erupção		Petéquia, púrpura, queda de cabelo, eritema multiforme, fotossensibilidade	Síndrome de Stevens-Johnson, necrólise epidérmica tóxica
Afecções musculosqueléticas e dos tecidos conjuntivos		Artralgia, mialgia		
Doenças renais e urinárias			Nefrite intersticial	
Doenças dos órgãos genitais e da mama			Ginecomastia	
Perturbações gerais e alterações no local de administração	Fadiga	Edema	Febre, hiperhidrose, angioedema, anorexia, impotência	Choque anafiláctico
Exames complementares de diagnóstico				Aumento dos níveis de colesterol e triglicéridos, hiponatremia

8. Advertências e precauções especiais de utilização Tal como com outras terapêuticas anti-ulcerosas, deve ser excluída a possibilidade de tumor gástrico maligno ao tratar uma úlcera gástrica com lansoprazol já que o lansoprazol pode mascarar os sintomas e retardar o diagnóstico. Em doentes com disfunção hepática moderada a grave o lansoprazol deve ser administrado com precaução (ver secção 5). Pode esperar-se que a redução da acidez gástrica devida ao lansoprazol aumente a contagem gástrica de bactérias normalmente presentes no tracto gastrointestinal. O tratamento com lansoprazol pode conduzir a um ligeiro aumento do risco de infecções gastrointestinais como *Salmonella* e *Campylobacter*. Em doentes com úlceras gastro-duodenais, deve considerar-se a possibilidade da infecção por *H. pylori* ser um factor etiológico. Se o lansoprazol é usado em combinação com antibióticos na terapêutica da erradicação do *H. pylori*, as instruções de utilização destes antibióticos também devem ser seguidas. Uma vez que os dados de segurança são limitados nos doentes em tratamento de manutenção à mais de 1 ano, deve regularmente rever-se o tratamento e efectuar-se uma avaliação risco/benefício cuidadosa. Foram relatados casos muito raros de colite em doentes a tomar lansoprazol. Assim, no caso de diarreia grave e/ou persistente, deve considerar-se a descontinuação da terapêutica. O tratamento para a prevenção da ulceração péptica em doentes que necessitam de tratamento continuado com AINEs deve ser restrito aos doentes com risco elevado (por ex., hemorragia gastrointestinal prévia, perfuração ou úlcera, idade avançada, utilização concomitante de medicação conhecida por aumentar a probabilidade de ocorrência de eventos adversos GI superiores [por ex. corticosteróides ou anticoagulantes], a presença de um factor de co-morbilidade grave ou o uso prolongado das doses máximas recomendadas de AINEs). Como **Ogasto** contém lactose, doentes com problemas hereditários raros de intolerância à galactose, deficiência de lactase de Lapp ou malabsorção da glucose-galactose não devem tomar este medicamento. **9. Interacções medicamentosas e outras formas de interacção *Efeitos do lansoprazol noutros medicamentos:*** *Medicamentos com absorção dependente do pH:* O lansoprazol pode interferir com a absorção de medicamentos para os quais o pH gástrico é crítico em termos de biodisponibilidade. Atazanavir: Um estudo demonstrou que a co-administração de lansoprazol (60 mg, uma vez ao dia) com 400 mg de atazanavir a voluntários saudáveis resultou numa redução substancial da exposição do atazanavir (redução de aproximadamente 90% na AUC e na Cmax). O lansoprazol não deve ser co-administrado com o atazanavir (ver secção 6). Cetoconazol e itraconazol: A absorção do cetoconazol e do itraconazol do tracto gastrointestinal é aumentada pela presença de ácido gástrico. A administração do lansoprazol pode resultar em concentrações sub-terapêuticas do cetoconazol e do itraconazol e a combinação deve ser evitada. Digoxina: A co-administração de lansoprazol e digoxina pode levar a um aumento dos níveis plasmáticos da digoxina. Os níveis plasmáticos da digoxina devem assim ser monitorizados e a dose de digoxina ajustada se necessário, quando o tratamento com lansoprazol é iniciado ou terminado. *Medicamentos metabolizados pelas enzimas P450:* O lansoprazol pode aumentar as concentrações plasmáticas de medicamentos metabolizados através do CYP3A4. Aconselha-se cuidado ao combinar o lansoprazol com fármacos metabolizados por esta enzima e que tenham uma janela terapêutica estreita. Teofilina: O lansoprazol reduz a concentração plasmática da teofilina, o que pode reduzir o efeito clínico esperado para a dose. Aconselha-se cuidado ao combinar os dois medicamentos. Tacrolímus: A co-administração do lansoprazol aumenta as concentrações plasmáticas do tacrolímus (um substrato do CYP3A e da P-gp). A exposição do lansoprazol aumenta a exposição média do tacrolímus até 81%. Aconselha-se a monitorização das concentrações plasmáticas do tacrolímus quando se inicia ou termina o tratamento concomitante com lansoprazol. *Medicamentos transportados pela glicoproteína P:* Observou-se que o lansoprazol inibe a proteína de transporte, P-glicoproteína (P-gp) *in vitro*. A relevância clínica deste facto é desconhecida. ***Efeitos de outros medicamentos no lansoprazol:*** *Fármacos que inibem o CYP2C19:* Fluvoxamina: Quando o lansoprazol é combinado com o inibidor do CYP2C19 fluvoxamina pode considerar-se uma redução da dose. As concentrações plasmáticas do lansoprazol aumentam até 4 vezes. *Fármacos que induzem o CYP2C19 e o CYP3A4:* Indutores enzimáticos que afectam o CYP2C19 e o CYP3A4 como a rifampicina e o hipericão (*Hypericum perforatum*) podem reduzir marcadamente as concentrações plasmáticas do lansoprazol. *Outros:* Sucralfato/Antiácidos: O sucralfato e os antiácidos podem reduzir a biodisponibilidade do lansoprazol. Assim, o lansoprazol deve ser tomado pelo menos 1 hora após a administração destes medicamentos. Não foram demonstradas quaisquer interacções clinicamente significativas do lansoprazol com os fármacos anti-inflamatórios não esteróides, embora não tenham sido realizados estudos de interacção formais. **10. Titular da autorização de introdução no mercado** Lusomedicamenta – Sociedade Técnica Farmacêutica, SA Estrada Consiglieri Pedroso, 69 B, Queluz de Baixo, 2730-055 Barcarena. **Medicamento sujeito a receita médica. Comparticipado de acordo com o escalão B (69%). Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado.** 04/2009

INFORMAÇÕES ESSENCIAIS COMPATÍVEIS COM O RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO

1. Denominação do medicamento Ogasto® 30 mg Comprimidos orodispersíveis. **2. Composição qualitativa e quantitativa** Cada comprimido orodispersível contém 30 mg de lansoprazol. Excipientes: Cada comprimido orodispersível de 30 mg contém 30 mg de lactose e 9,0 mg de aspartame. Lista completa de excipientes: lactose monohidratada, celulose microcristalina, carbonato de magnésio pesado, hidroxipropilcelulose de baixo grau de substituição, hidroxipropilcelulose, hipromelose, dióxido de titânio, talco, manitol, copolímero do ácido metacrílico-acrilato de etilo (1:1) dispersão a 30%, poliacrilato dispersão a 30%, macrogol 8000, ácido cítrico anidro, monoestearato de glicerilo, polisorbato 80, óxido de ferro amarelo (E172), óxido de ferro vermelho (E172), citrato de trietilo, crospovidona, estearato de magnésio, aroma a morango e aspartame. **3. Forma farmacêutica** Comprimido orodispersível branco a amarelo esbranquiçado, com a gravação 30 num dos lados do comprimido. Cada comprimido orodispersível contém microgrânulos de cor laranja a castanho escuro. **4. Indicações terapêuticas** Tratamento da úlcera duodenal e da úlcera gástrica, tratamento da esofagite de refluxo, profilaxia da esofagite de refluxo, erradicação do *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) quando utilizado em combinação com a terapêutica antibiótica adequada para o tratamento das úlceras associadas ao *H. Pylori*, tratamento das úlceras duodenais e gástricas benignas associadas aos AINEs em doentes sob terapêutica continuada com AINEs, profilaxia das úlceras duodenais e gástricas associadas aos AINEs em doentes de risco (ver secção 5) sob terapêutica continuada, doença do refluxo gastroesofágico sintomática, síndrome de Zollinger-Ellison. **5. Posologia e modo de administração Ogasto** deve ser tomado uma vez ao dia, de manhã, excepto quando usado para a erradicação do *H. pylori*, altura em que deve ser tomado duas vezes ao dia, de manhã e à noite, para obter um efeito óptimo. **Ogasto** deve ser tomado pelo menos 30 minutos antes das refeições. Os comprimidos **Ogasto** têm um sabor a morango e devem ser colocados sobre a língua e chupados suavemente. O comprimido dispersa-se rapidamente na boca, libertando os microgrânulos gastrorresistentes que são engolidos com a saliva. Em alternativa, o comprimido pode ser tomado inteiro com água. Os comprimidos orodispersíveis podem ser dispersos numa pequena quantidade de água e administrados através de um tubo nasogástrico ou de uma seringa oral. ***Tratamento da úlcera duodenal:*** A dose recomendada é de 30 mg, uma vez ao dia, durante 2 semanas. Para os doentes, que neste período de tempo, não estejam completamente curados, a terapêutica é continuada com a mesma dose durante mais duas semanas. ***Tratamento da úlcera gástrica:*** A dose recomendada é de 30 mg, uma vez ao dia, durante 4 semanas. As úlceras cicatrizam normalmente em 4 semanas, mas para os doentes, que neste período de tempo, não estejam completamente curados, a terapêutica pode ser continuada com a mesma dose durante mais 4 semanas. ***Esofagite de refluxo:*** A dose recomendada é de 30 mg, uma vez ao dia, durante 4 semanas. Para os doentes, que neste período de tempo, não estejam completamente curados, a terapêutica pode ser continuada com a mesma dose durante mais 4 semanas. ***Profilaxia da esofagite de refluxo:*** 15 mg uma vez ao dia. A dose pode ser aumentada até 30 mg/dia, conforme necessário. ***Erradicação do* Helicobacter pylori*:*** Na selecção da terapêutica de combinação adequada devem considerar-se as orientações locais oficiais relativas à resistência bacteriana, à duração do tratamento (normalmente 7 dias mas por vezes até 14 dias) e à utilização adequada de agentes antibacterianos. A dose recomendada é de 30 mg de **Ogasto**, duas vezes ao dia, durante 7 dias em combinação com um dos seguintes: 250-500 mg de claritromicina, duas vezes ao dia + 1 g de amoxicilina, duas vezes ao dia; 250 mg de claritromicina, duas vezes ao dia + 400-500 mg de metronidazol, duas vezes ao dia. Quando a claritromicina é combinada com **Ogasto** e amoxicilina ou metronidazol obtêm-se taxas de erradicação do *H. pylori* de até 90%. Seis meses após um tratamento de erradicação com sucesso, o risco de re-infecção é baixo e é por isso pouco provável a recorrência. Também se observou a utilização de um regime incluindo 30 mg de lansoprazol, duas vezes ao dia, 1 g de amoxicilina, duas vezes ao dia e 400-500 mg de metronidazol, duas vezes ao dia. Com esta combinação observaram-se taxas de erradicação inferiores às dos regimes envolvendo claritromicina. Quando as taxas locais de resistência ao metronidazol forem baixas, este regime pode ser adequado aos doentes que não podem tomar claritromicina como parte da terapêutica de erradicação. ***Tratamento das úlceras duodenais e das úlceras gástricas benignas associadas aos AINEs em doentes sob terapêutica continuada com AINEs:*** 30 mg, uma vez ao dia, durante quatro semanas. Nos doentes não completamente curados o tratamento pode ser continuado durante mais quatro semanas. Para os doentes em risco ou com úlceras difíceis de curar, provavelmente deve ser usado um tratamento mais longo e/ou uma dose mais alta. ***Profilaxia das úlceras duodenais e gástricas associadas aos AINEs em doentes de risco (como idade > 65 anos ou história de úlcera duodenal ou gástrica) sob terapêutica continuada com AINEs:*** 15 mg, uma vez ao dia. Se o tratamento falhar deve usar-se uma dose de 30 mg, uma vez ao dia. ***Doença do refluxo gastroesofágico sintomática:*** A dose recomendada é de 15 ou 30 mg/dia. O alívio dos sintomas é rapidamente obtido. Devem considerar-se ajustes da dose individuais. Se os sintomas não são aliviados em 4 semanas com uma dose diária de 30 mg, recomenda-se nova observação. ***Síndrome de Zollinger-Ellison:*** A dose inicial recomendada é de 60 mg, uma vez ao dia. A dose deve ser ajustada individualmente e o tratamento deve ser continuado durante tanto tempo quanto o necessário. Já foram usadas doses diárias até 180 mg. Se a dose diária necessária exceder 120 mg, esta deve ser dada dividida em duas doses. ***Insuficiência da função renal ou hepática:*** Não é necessário um ajuste da dose nos doentes com insuficiência da função renal. Os doentes com doença hepática moderada a grave devem ser observados regularmente e recomenda-se uma redução de 50% na dose diária (ver secção 8). ***Idosos:*** Dependendo das necessidades individuais, pode ser necessário ajustar a dose nos idosos devido a uma redução da clearance do lansoprazol. Nos idosos, a dose diária de 30 mg não deve ser excedida, a não ser que hajam indicações clínicas evidentes. ***Crianças:*** A utilização de **Ogasto** nas crianças não está recomendada uma vez que os dados clínicos são limitados. **6. Contra-indicações** Hipersensibilidade à substância activa ou a qualquer dos excipientes. O lansoprazol não deve ser administrado com atazanavir (ver secção 9). **7. Efeitos indesejáveis** As frequências são definidas como frequentes (>1/100, <1/10); pouco frequentes (>1/1.000, <1/100); raros (>1/10.000, <1/1.000); muito raros (<1/10.000).

	Frequentes	**Pouco frequentes**	**Raros**	**Muito raros**
Doenças do sangue e do sistema linfático		Trombocitopenia, eosinofilia, leucopenia	Anemia	Agranulocitose, pancitopenia
Perturbações do foro psiquiátrico		Depressão	Insónia, alucinações, confusão	
Doenças do sistema nervoso	Cefaleia, tonturas		Inquietação, vertigens, parestesia, sonolência, tremor	
Afecções oculares			Distúrbios visuais	
Doenças gastrointestinais	Náusea, diarreia,dor no estômago, obstipação, vómitos, flatulência, boca ou garganta seca		Glossite, candidíase do esófago, pancreatite, perturbações do paladar	Colite, estomatite

viartril®-S

sulfato de glucosamina

A primeira e melhor documentada molécula no tratamento da Osteoartrose[1,2]

Modifica os sintomas [1,2]

Retarda a progressão da OA [1,2]

INFORMAÇÕES ESSENCIAIS COMPATÍVEIS COM O RCM (IECRCM), DE ACORDO COM O REGULAMENTO DA PUBLICIDADE (DELIB. 044/CD/2008) NOME DO MEDICAMENTO: VIARTRIL-S, 1500 mg, pó para solução oral. **COMPOSIÇÃO:** Cada saqueta contém 1500 mg de Sulfato de glucosamina. Contém aspartamo, sorbitol e sulfato de sódio. **FORMA FARMACÊUTICA:** Pó para solução oral. **INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS:** Tratamento dos sintomas da osteoartrose. Efeito sobre os sintomas evidente 2-3 semanas após o início da administração, com eficácia sintomática ideal após ciclos de tratamentos continuados de 3 ou 6 meses com um efeito residual evidente durante 2 meses após a suspensão do fármaco. O tratamento diário contínuo até 3 anos demonstrou alívio sintomático sustentado dos sintomas e atraso do estreitamento da entrelinha articular, a principal alteração radiológica na osteoartrose. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO:** O conteúdo de uma saqueta (dissolvido num copo de água) tomado 1x / dia, de preferência às refeições. A glucosamina não está indicada no tratamento da dor aguda. Se não houver alívio dos sintomas após 2-3 meses, o tratamento prolongado com glucosamina deve ser reavaliado. Não há recomendação de dose em doentes com insuficiência renal e/ ou hepática, uma vez que não foram realizados estudos. **CONTRA-INDICAÇÕES:** Hipersensibilidade à glucosamina. Em doentes com fenilcetonúria, por conter aspartamo. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES ESPECIAIS DE UTILIZAÇÃO:** Doentes com problemas hereditários raros de intolerância à frutose não devem tomar este medicamento, por conter sorbitol. Doentes com intolerância à glucose têm de ser monitorizados quanto aos valores da glicemia, em especial no início do tratamento. Possíveis reacções de hipersensibilidade em pessoas alérgicas ao marisco. Em doentes com dieta de sódio controlada, o teor de 150,98 mg de sódio por saqueta tem de ser tido em conta. A administração em crianças e em adolescentes menores de 18 anos deve ser evitada, pois a segurança e a eficácia ainda não foram estabelecidas. **EFEITOS INDESEJÁVEIS:** Muito bem tolerado, com efeitos secundários numa pequena proporção de doentes. Efeitos transitórios ou de pequena gravidade, sendo mais comuns a dor e desconforto gástricos, meteorismo, obstipação e diarreia. Outros efeitos, pouco frequentes: eritema, prurido, rash cutâneo. IECRCM aprovada a 09-07-2008. Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado.

MEDICAMENTO SUJEITO A RECEITA MÉDICA

				Regime Geral				Regime Especial			
Nº REGISTO	MARCA E APRESENTAÇÃO	GH	PVP (IVA INCL.) €	PR (IVA INCL.) €	ESTADO €	UTENTE €	COMP. ESTADO €	PR (IVA INCL.) €	ESTADO €	UTENTE €	COMP. ESTADO €
5006277	VIARTRIL-S 1500 mg x 60 saq.	GH0050 Glucosamina	€27,58	€19,25	€13,28	€14,30	69%	€23,10	€19,40	€8,18	84%

REFERÊNCIAS
(1) Reginster JY, et al. Curr Opin Rheumatol. 2003; 15: 651-655
(2) Pavelka K et al. Arch Intern Med 2002; 162: 2113-2123

ROTTAPHARM | MADAUS
Laboratórios Delta, Lda.

www.delta.pt

Laboratórios Delta, Lda
Rua Direita de Massamá, 148 • 2745-751 Massamá
Contribuinte nº 500 802 360 • Capital Social €500 000,0 • Mat. na Cons. do Reg. Com. de Sintra sob o Nº 2317 - Fls 192, L.º C-6

LINHA VERDE FARMACOVIGILÂNCIA 800 205 478
E-mail: farmacovigilancia@laboratoriosdelta.pt

012010VTR0111PT393AN